

Marta Susana Martins da Silva

Fatores influenciadores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente



Marta Susana Martins da Silva

**Fatores influenciadores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente**

Dissertação realizada no âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 6ª Edição

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor João Duarte

Professora Doutora Marília Rua

Abril de 2019





## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor João Duarte pela mestria, dedicação e acompanhamento imprescindíveis e pelos constantes desafios que me foi colocando ao longo do tempo.

À Professora Doutora Marília Rua por ter acedido ao meu pedido de coorientação, pela dedicação, estímulo, força, motivação e apoio incansáveis e indispensáveis, por me ter feito acreditar e sobretudo pela amizade.

A todos os Professores responsáveis por esta etapa formativa, em particular ao Professor Doutor Daniel Silva, Coordenador de curso, pelo auxílio e saber transmitido.

Ao Professor Doutor Anthony Jorm, docente na Universidade de Melbourne, por, mesmo à distância, ter respondido com brevidade às minhas questões, acerca do questionário que desenvolveu, o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*.

À minha chefe, Enfermeira Maria Augusta Almeida, à Enfermeira Lucinda Godinho, ao Dr. Alberto Pinto e à Dr.<sup>a</sup> Rosa Jorge pelo incentivo e colaboração, por terem acreditado e tornado possível a recolha de dados no departamento médico do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Aos cuidadores informais que participaram na investigação, sem os quais não seria possível a sua realização.

A todos os enfermeiros e outros profissionais que colaboraram neste estudo, pela ajuda e disponibilidade.

À minha família pelo apoio incondicional, compreensão e paciência demonstrada ao longo deste tempo e dos muitos momentos de ausência, com uma especial palavra para o meu marido e para a minha mãe, que foram o meu alicerce e o meu porto de abrigo.

Aos meus amigos com quem partilhei sentimentos, aqueles a quem sou próxima e a quem nos momentos de desalento recorri, em busca de segurança e orientação, aqueles a quem com carinho chamo de “verdadeiros amigos”.

A todos os que contribuíram para este trabalho e a todos os que me incentivaram e acreditaram que fosse possível.

Sem vós nada seria possível.

A todos o meu sincero muito obrigada!



## Resumo

**Introdução:** O cuidador informal da pessoa com dependência física e/ou declínio cognitivo experiencia, em muitos casos, ansiedade, depressão e/ou stress. Torna-se importante conhecer os fatores que influenciam os estados de ansiedade, depressão e stress para os poder prevenir ou mitigar.

**Objetivo:** Determinar fatores preditores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo/correlacional e transversal, com amostra do tipo não probabilística, por redes, de 85 cuidadores informais. Foi utilizado um questionário de avaliação das características sociodemográficas do cuidador e da pessoa dependente e das características contextuais da prestação de cuidados, para além da Escala de Resiliência para Adultos, a Escala de sobrecarga do cuidador, o Índice de Esforço do Cuidador, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, o Questionário de Apoio Social Funcional, o Índice de *Barthel* e o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*.

**Resultados:** Os participantes têm uma idade média de 51.97 anos, com um desvio padrão de 15.02. São maioritariamente do sexo feminino, casados ou vivem em união de facto e com escolaridade até ao terceiro ciclo. Após análise multivariada determinámos que a relação interpessoal, enquanto dimensão de sobrecarga, é preditor de ansiedade, depressão e stress. A percepção de autoeficácia (dimensão de sobrecarga) e pertencer a família nuclear são preditores de ansiedade e depressão. A dimensão de sobrecarga, expectativas face ao cuidar é preditor de depressão e stress. As dimensões de resiliência, competências sociais e coesão familiar, o apoio social funcional e o estado cognitivo da pessoa dependente são preditores de ansiedade. Por outro lado, recursos sociais (dimensão de resiliência) e idade da pessoa dependente são preditores de depressão. Planeamento do futuro (dimensão de resiliência), impacto da prestação de cuidados (dimensão de sobrecarga), sexo do cuidador, prestar 5 ou menos horas diárias de cuidados e capacidade funcional, declínio cognitivo e sexo da pessoa dependente são preditores de stress.

**Conclusão:** Os resultados apontam para a importância de algumas variáveis como determinantes da ansiedade, depressão e/ou stress do cuidador informal. Dado que alterações adversas no cuidador podem ter repercussões na pessoa dependente, é de extrema importância conhecer os fatores de risco para se poder intervir no sentido da prevenção e promoção da saúde mental dos cuidadores informais, cuidando também de quem cuida.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Depressão, Stress, Cuidador informal, Sobrecarga



## **Abstract**

**Introduction:** The informal caregiver of person with physical dependence and/or cognitive decline feels, in many cases, anxiety, depression and/or stress. It becomes important to understand factors that influence states of anxiety, depression and stress in order to prevent or mitigate them.

**Objective:** To access predictive factors of anxiety, depression and stress of the informal caregiver of dependent person.

**Methods:** Quantitative, descriptive/correlational and cross-sectional study, with a non-probabilistic sample (network sampling) of 85 informal caregivers. A questionnaire was used to evaluate the caregiver and dependent person sociodemographic characteristics and the contextual characteristics, and as well as the Resilience Scale for Adults, the Zarit Burden Interview Scale, the Caregiver Strain Index, the Depression Anxiety Stress Scales, the Functional Social Support Questionnaire, the Barthel Index and the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly.

**Results:** The participants have a mean age of 51.97 years, with a standard deviation of 15.02. They are mostly female, married or cohabited and with schooling up to the third cycle. After multivariate analysis, we determined that the personal relationship, as a burden dimension, is a predictor of anxiety, depression and stress. The perception of effectiveness (burden dimension) and belonging to a nuclear family are predictors of anxiety and depression. The burden dimension, expectations of caregiving is a predictor of depression and stress. The resilience dimensions, social competence and family cohesion, the functional social support and the cognitive state of the dependent person are predictors of anxiety. On the other hand, social recourses (resilience dimension) and dependent person's age are predictors of depression. Planned future (resilience dimension), caregiving impact (burden dimension), caregiver sex, provide 5 or fewer daily hours of care and dependent person's functional capacity, cognitive decline and sex are predictors of stress.

**Conclusion:** The results indicate the importance of some variables as determinants of anxiety, depression and/or stress of the informal caregiver. Considering that adverse changes in caregivers may have repercussions in the dependent person, it is extremely important to recognise the risk factors to intervene in prevention and promotion of the informal caregiver's mental health, also caring for the carers.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Stress, Informal Caregiver, Burden



## Sumário

	Pág.
<b>Lista de Tabelas</b>	<b>I</b>
<b>Lista de Quadros</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de Figuras e Gráficos</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de Siglas</b>	<b>XI</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Metodologia.....</b>	<b>31</b>
1.1. Participantes .....	33
1.1.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador informal.....	33
1.2. Instrumentos de recolha de dados .....	36
1.2.1. Escala de Resiliência para Adultos.....	40
1.2.2. Escala de Sobrecarga do cuidador .....	46
1.2.3. Índice de Esforço do Cuidador .....	52
1.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress .....	56
1.2.5. Questionário de Apoio Social Funcional .....	61
1.2.6. Índice de <i>Barthel</i> , Modificação de Granger.....	68
1.2.7. Teste do Informador – <i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly Short Form</i> .....	70
1.3. Procedimentos éticos e de recolha de dados .....	79
1.4. Análise e tratamento de dados .....	80
<b>2. Resultados.....</b>	<b>83</b>
2.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente.....	83
2.2. Caracterização do contexto de prestação de cuidados à pessoa dependente.....	85
2.3. Resiliência do cuidador informal.....	89
2.4. Sobrecarga do cuidador informal.....	92
2.5. Esforço do cuidador informal.....	97

2.6.	Apoio social funcional percebido pelo cuidador informal .....	102
2.7.	Capacidade funcional da pessoa dependente .....	108
2.8.	Declínio cognitivo da pessoa dependente .....	111
2.9.	Ansiedade, Depressão e Stress do cuidador informal .....	114
2.10.	Preditores de Ansiedade, Depressão e Stress do cuidador informal .....	125
<b>3.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>143</b>
3.1.	Discussão metodológica.....	143
3.2.	Discussão de resultados .....	144
<b>4.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>163</b>
4.1.	Implicações do estudo.....	166
	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>169</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>177</b>
	<b>Anexo I – Instrumento de colheita de dados .....</b>	<b>179</b>
	<b>Anexo II – Autorização para utilização da ERA.....</b>	<b>189</b>
	<b>Anexo III – Autorização para utilização da ESC.....</b>	<b>191</b>
	<b>Anexo IV – Autorização para utilização da EADS.....</b>	<b>193</b>
	<b>Anexo V – Autorização para utilização da IQCODE.....</b>	<b>195</b>
	<b>Anexo VI – Permissão dos responsáveis pelo Departamento Médico do CHBV .....</b>	<b>197</b>
	<b>Anexo VII – Autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHBV .....</b>	<b>199</b>
	<b>Apêndices.....</b>	<b>201</b>
	<b>Apêndice I – Declaração de Consentimento Informado.....</b>	<b>203</b>
	<b>Apêndice II – Declaração de Consentimento Presumido.....</b>	<b>205</b>

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo do cuidador.....	34
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do sexo .....	35
Tabela 3 – Consistência Interna da ERA .....	42
Tabela 4 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da ERA .....	44
Tabela 5 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da ERA.....	45
Tabela 6 – Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da ERA .....	46
Tabela 7 – Consistência Interna da ESC .....	48
Tabela 8 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da ESC .....	50
Tabela 9 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da ESC.....	51
Tabela 10 – Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da ESC .....	52
Tabela 11 – Consistência Interna do IEC.....	54
Tabela 12 – Análise fatorial em componentes principais do IEC.....	56
Tabela 13 – Consistência Interna da EADS .....	58
Tabela 14 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da EADS.....	59
Tabela 15 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da EADS .....	60
Tabela 16 – Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da EADS .....	60
Tabela 17 – Consistência Interna do Duke .....	63
Tabela 18 – Análise fatorial em componentes principais do Duke.....	64
Tabela 19 – Consistência interna e correlação por item das subescalas do Duke .....	67
Tabela 20 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores do Duke.....	68
Tabela 21 – Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas do Duke .....	68
Tabela 22 – Consistência Interna do Índice de <i>Barthel</i> .....	70
Tabela 23 – Consistência Interna do IQCODE.....	72
Tabela 24 – Análise fatorial em componentes principais do IQCODE.....	74
Tabela 25 – Consistência Interna do IQCODE após análise fatorial .....	78

Tabela 26 – Validade convergente/divergente dos itens com o valor global do IQCODE.....	78
Tabela 27 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo da pessoa dependente .....	83
Tabela 28 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do sexo .	85
Tabela 29 – Estatísticas relativas ao tempo de prestação de cuidados, em anos, em função do sexo da pessoa dependente .....	86
Tabela 30 – Estatísticas relativas à duração diária de prestação de cuidados, em horas, em função do sexo da pessoa dependente.....	86
Tabela 31 – Caracterização do contexto da prestação de cuidados em função do sexo da pessoa dependente .....	88
Tabela 32 – Teste t para diferenças de médias entre duração de cuidados e sexo da pessoa dependente.....	88
Tabela 33 – Estatísticas relativas à resiliência .....	89
Tabela 34 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre resiliência e idade do cuidador .....	89
Tabela 35 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre resiliência e sexo do cuidador .....	90
Tabela 36 – Teste t para diferenças de médias entre resiliência e estado civil do cuidador .	90
Tabela 37 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre resiliência e escolaridade do cuidador.....	91
Tabela 38 – Teste t para diferenças de médias entre resiliência e situação profissional do cuidador.....	91
Tabela 39 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre resiliência e agregado familiar do cuidador....	92
Tabela 40 – Estatísticas relativas à sobrecarga .....	92
Tabela 41 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da sobrecarga .....	94
Tabela 42 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre sobrecarga e idade do cuidador .....	95
Tabela 43 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre sobrecarga e sexo do cuidador .....	95
Tabela 44 – Teste t para diferenças de médias entre sobrecarga e estado civil do cuidador	96
Tabela 45 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre sobrecarga e escolaridade do cuidador.....	96
Tabela 46 – Teste t para diferenças de médias entre sobrecarga e situação profissional do cuidador.....	97
Tabela 47 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre sobrecarga e agregado familiar do cuidador..	97
Tabela 48 – Estatísticas relativas ao índice de esforço em função do sexo do cuidador.....	98

Tabela 49 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do índice de esforço .....	99
Tabela 50 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre índice de esforço e idade do cuidador .....	99
Tabela 51 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre índice de esforço e sexo do cuidador .....	100
Tabela 52 – Teste t para diferenças de médias entre índice de esforço e estado civil do cuidador.....	100
Tabela 53 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre índice de esforço e escolaridade do cuidador .	100
Tabela 54 – Teste t para diferenças de médias entre índice de esforço e situação profissional do cuidador.....	101
Tabela 55 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre índice de esforço e agregado familiar do cuidador .....	101
Tabela 56 – Caracterização da sobrecarga em função do índice de esforço do cuidador..	101
Tabela 57 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre índice de esforço e sobrecarga do cuidador....	102
Tabela 58 – Estatísticas relativas ao apoio social funcional.....	102
Tabela 59 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do apoio social funcional .....	104
Tabela 60 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre apoio social funcional e idade do cuidador .....	104
Tabela 61 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre apoio social funcional e sexo do cuidador ...	105
Tabela 62 – Teste t para diferenças de médias entre apoio social funcional e estado civil do cuidador.....	105
Tabela 63 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre apoio social funcional e escolaridade do cuidador .....	106
Tabela 64 – Teste t para diferenças de médias entre apoio social funcional e situação profissional do cuidador .....	106
Tabela 65 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre apoio social funcional e agregado familiar do cuidador.....	106
Tabela 66 – Caracterização da sobrecarga em função do apoio social funcional do cuidador .....	107
Tabela 67 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre apoio social funcional e sobrecarga do cuidador .....	107

Tabela 68 – Caracterização do índice de esforço em função do apoio social funcional do cuidador.....	108
Tabela 69 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre apoio social funcional e índice de esforço do cuidador.....	108
Tabela 70 – Estatísticas relativas à capacidade funcional.....	109
Tabela 71 – Estatísticas relativas à capacidade funcional em função do sexo da pessoa dependente.....	109
Tabela 72 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função da capacidade funcional .....	110
Tabela 73 – Teste t para diferenças de médias entre capacidade funcional e sexo da pessoa dependente.....	111
Tabela 74 – Estatísticas relativas ao declínio cognitivo em função do sexo da pessoa dependente.....	111
Tabela 75 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do declínio cognitivo .....	113
Tabela 76 – Caracterização da capacidade funcional em função do declínio cognitivo da pessoa dependente .....	113
Tabela 77 – Estatísticas relativas à ansiedade, depressão e stress.....	114
Tabela 78 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da ansiedade .....	115
Tabela 79 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da depressão .....	117
Tabela 80 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do stress .....	118
Tabela 81 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre ansiedade, depressão e stress e idade do cuidador .....	119
Tabela 82 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre ansiedade, depressão e stress e sexo do cuidador.....	119
Tabela 83 – Teste t para diferenças de médias entre ansiedade, depressão e stress e estado civil do cuidador .....	119
Tabela 84 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre ansiedade, depressão e stress e escolaridade do cuidador .....	120
Tabela 85 – Teste t para diferenças de médias entre ansiedade, depressão e stress e situação profissional do cuidador .....	120

Tabela 86 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre ansiedade, depressão e stress e agregado familiar do cuidador .....	121
Tabela 87 – Caracterização da sobrecarga em função da ansiedade do cuidador .....	121
Tabela 88 – Caracterização da sobrecarga em função da depressão do cuidador .....	121
Tabela 89 – Caracterização da sobrecarga em função do stress do cuidador .....	122
Tabela 90 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre ansiedade, depressão e stress e sobrecarga do cuidador.....	122
Tabela 91 – Caracterização do índice de esforço em função da ansiedade do cuidador ...	123
Tabela 92 – Caracterização do índice de esforço em função da depressão do cuidador ...	123
Tabela 93 – Caracterização do índice de esforço em função do stress do cuidador .....	123
Tabela 94 – Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre ansiedade, depressão e stress e índice de esforço do cuidador .....	124
Tabela 95 – Caracterização do apoio social funcional em função da ansiedade do cuidador .....	124
Tabela 96 – Caracterização do apoio social funcional em função da depressão do cuidador .....	125
Tabela 97 – Caracterização do apoio social funcional em função do stress do cuidador ...	125
Tabela 98 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis independentes e a ansiedade.....	126
Tabela 99 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis independentes e a depressão .....	129
Tabela 100 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis independentes e o stress .....	132
Tabela 101 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável ansiedade e características do cuidador informal.....	136
Tabela 102 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável depressão e características do cuidador informal.....	137
Tabela 103 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável stress e características do cuidador informal.....	138
Tabela 104 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável ansiedade e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados .....	139
Tabela 105 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável depressão e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados .....	140

Tabela 106 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável stress e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados ..... 141

**Lista de Quadros**

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas do cuidador informal.....	36
Quadro 2 – Operacionalização das variáveis contextuais .....	37
Quadro 3 – Severidade dos estados de Ansiedade, Depressão e Stress .....	57
Quadro 4 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a ansiedade ....	128
Quadro 5 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a depressão....	131
Quadro 6 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o stress.....	134



**Lista de Figuras e Gráficos**

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis .....	32
Figura 2 – Análise fatorial confirmatória do Duke .....	65
Figura 3 – Modelo 2 do Duke .....	66
Figura 4 – Análise fatorial confirmatória do IQCODE .....	75
Figura 5 – Modelo 2 do IQCODE .....	76
Figura 6 – Modelo 3 do IQCODE .....	76
Gráfico 1 – Gráfico de variância de <i>Scree Plot</i> do IEC .....	55
Gráfico 2 – Gráfico de variância de <i>Scree Plot</i> do Duke .....	64
Gráfico 3 – Gráfico de variância de <i>Scree Plot</i> do IQCODE .....	73



## Lista de Siglas

AFC – Análise fatorial confirmatória

AFE – Análise fatorial exploratória

CFI – *Comparative Fit Index*

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CV – Coeficiente de Variação

Duke – Questionário de Apoio Social Funcional *Duke-University of North Carolina*

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ERA – Escala de Resiliência para Adultos

ESC – Escala de sobrecarga do cuidador

GFI – *Goodness of Fit Index*

IEC – Índice de Esforço ou Tensão do Cuidador

IQCODE – *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

OR – *Odds Ratio*

RMR – *Root mean square residual*

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

VIF – *Variance Inflation Factor*



## Introdução

O Conselho da Europa, em 1998, define dependência como o estado em que as pessoas por falta ou perda da autonomia física, psicológica ou intelectual, necessitam de assistência ou ajuda significativa, no desempenho das suas atividades habituais do dia-a-dia (Council of Europe, 1998; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). O conceito de autonomia pode, ainda, ser definido como a capacidade para controlar e lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida diária, ou seja, cuidar de si próprio, adaptar-se ao meio envolvente e ser responsável pelas suas ações (World Health Organization, 2002). Deste modo, a independência de uma pessoa está posta em causa quando uma incapacidade física e/ou cognitiva torna difícil ou impossível a execução de atividades de vida diária, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver, conseqüentemente avaliar o nível de autonomia da pessoa dependente é fundamental para uma prestação de cuidados adequada às suas necessidades específicas (Araújo, Oliveira, Pinto, & Ribeiro, 2007).

O processo de transição para a dependência é complexo, multidimensional e multicausal, podendo ser abrupto ou progressivo, mas implicando a prestação de cuidados, por outra pessoa, em grande parte dos casos por um cuidador informal. Estes cuidadores, que podem ser familiares ou não, da pessoa dependente, são aqueles que, de acordo com H. Pereira (2013) e com Sequeira (2010) prestam cuidados de forma não remunerada, podendo executá-los na totalidade ou apenas parcialmente. No contexto do domicílio estes cuidados ficam usualmente sob a responsabilidade do familiar cuidador.

Com o passar do tempo, ser cuidador informal pode tornar-se uma função exigente, sendo possível que esta prestação contínua de cuidados conduza a uma excessiva sobrecarga, tendo repercussões ao nível da saúde, da vida social e familiar, da capacidade financeira, do dia-a-dia e da atividade profissional do cuidador (Andrade, 2009; Imaginário, 2008). O impacto sentido pelos cuidadores informais, de pessoas dependentes, que advém da uma prestação de cuidados que implica momentos muito intensos, conduz a inúmeros obstáculos e desafios, sendo frequente a emergência de um conjunto de exigências, que implicam a reorganização pessoal e familiar a diversos níveis, sentidos por vezes como uma sobrecarga (H. Pereira, 2013; Sequeira, 2010).

Para Sequeira (2010), esta sobrecarga do cuidador refere-se ao desgaste resultante do cansaço, ou seja, quando no ato de cuidar ocorre a exposição a fatores de stress significativos, num horizonte temporal curto, ou a exposição prolongada a fatores de stress

pouco significativos, ao longo do tempo. Quando os níveis de sobrecarga aumentam os níveis de esforço também aumentam (Shanmugam, Vanaja, & Rajathi, 2016).

Em Portugal a sobrecarga é elevada em cuidadores familiares, de idosos dependentes com e sem demência e, estes cuidadores percebem negativamente o seu estado de saúde, sendo que, os que apresentam uma percepção mais desfavorável do seu estado de saúde também se sentem mais sobrecarregados no desempenho do seu papel (Figueiredo & Sousa, 2008). A sobrecarga é simultaneamente fator de risco para desconforto emocional e a dependência funcional do idoso, sexo do cuidador e tempo em horas para o cuidado são ainda preditores da sobrecarga (Gratao et al., 2012). Os fatores de risco para a sobrecarga do cuidador abrangem também sexo feminino, baixa escolaridade, residência com o recetor do cuidado, maior número de horas de cuidado, depressão, isolamento social, stress financeiro e falta de escolha para ser cuidador (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014). Para além destes fatores, também cuidar de um idoso dependente com demência, ser o cônjuge e sem atividade profissional, não ter ajudas para o ato de cuidar, ter baixa percepção de suporte social e prestar mais de 12 horas diárias de cuidados são fatores que estão relacionados com a sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010).

Cottagiri e Sykes (2019) numa revisão de literatura, encontraram estudos que mostram que os cuidadores informais têm alto risco de desenvolver distúrbios psicológicos. Deste modo, associadas ao desempenho do papel de cuidador informal surgem, em algumas situações, perturbações mentais, nomeadamente a ansiedade, depressão e stress (Cabral, Duarte, Ferreira, & Santos, 2014). Por sua vez Delalibera, Presa, Barbosa, e Leal (2015), referem que a sobrecarga sentida e percebida se relaciona, em muitos casos, com depressão ou estados de ansiedade e stress. Também Martins, Ribeiro, e Garrett (2003) afirmam que com frequência os cuidadores informais ficam mais vulneráveis acabando por desenvolver um conjunto de sintomas associados, tais como tensão, fadiga, stress, frustração, depressão e alteração da autoestima. Estes sintomas depressivos do cuidador podem ser reduzidos com intervenções psicológicas apropriadas (Haley et al., 2008).

Lovibond e Lovibond (1995) ao caracterizarem a ansiedade dão ênfase às ligações entre estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. Os mesmos autores definem a depressão, principalmente, pela perda de autoestima e de motivação, estando associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo, enquanto pessoa, sendo um conceito mais amplo do que humor triste. Por fim, consideram que o stress é um estado de excitação e tensão nervosa persistente, com dificuldade em relaxar, irritabilidade, agitação e baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Níveis médios mais elevados de ansiedade, depressão e stress foram encontrados nas mulheres comparativamente com os homens. Existe ainda uma forte associação entre depressão, ansiedade e stress, com correlação positiva (Apóstolo et al., 2011).

Revisões sistemáticas da literatura mostraram taxas de prevalência de sintomas de depressão e ansiedade de 40.2% e 21.4%, respetivamente, em cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral (Loh, Tan, Zhang, & Ho, 2017), e de 34.0% e 43.6%, respetivamente, em cuidadores de pessoas com demência (Sallim, Sayampanathan, Cuttilan, & Chun-Man Ho, 2015).

A ansiedade e o stress dos cuidadores informais estão associados às características quer dos cuidadores, quer da pessoa dependente. Cuidadores informais com menor nível de inteligência emocional, do sexo feminino e mais velhos e pessoas recetoras de cuidados com co-morbilidades e maior dependência do cuidador relacionam-se com maior ansiedade e maior stress (Cottagiri & Sykes, 2019). A idade avançada e o sexo feminino do cuidador informal é, ainda, preditor de ansiedade (Jácome, Figueiredo, Gabriel, Cruz, & Marques, 2014).

Em cuidadores informais de doentes hospitalizados com cancro em fase avançada, a ansiedade foi significativamente maior quando o doente era do sexo masculino e quando os cuidadores viviam com o doente em comparação com aqueles que viviam afastados do doente. Por outro lado, a ansiedade foi significativamente menor em cuidadores que receberam suporte de outras pessoas no empenho do seu papel de cuidador. Relativamente à depressão era significativamente maior em cuidadores de doentes do sexo masculino e menor em cuidadores que receberam algum tipo de suporte (Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoğlu, & Karabulut, 2018).

Num estudo de cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral, no que respeita aos sintomas depressivos, o sexo feminino dos cuidadores e da pessoa dependente, bem como a raça caucasiana dos cuidadores estavam associados com uma maior prevalência de depressão. Já no caso de os cuidadores serem cônjuges ou filhos da pessoa a quem prestam cuidados está associado com uma menor prevalência de depressão (Loh et al., 2017). No que concerne aos cuidadores de pessoas com demência uma meta-análise revelou que a probabilidade de terem depressão era 1.53 vezes maior em cuidadores do sexo feminino, 1.86 vezes maior em cuidadores de pessoas do sexo masculino e 2.51 vezes maior em cuidadores que eram simultaneamente cônjuges da pessoa a quem prestam cuidados (Sallim et al., 2015).

Na generalidade, a depressão entre os cuidadores informais é maior para aqueles que têm de cuidar de pessoa com maiores níveis de dependência, que exigem um aumento das

horas de cuidados, que apresentam co-morbilidades, como hipertensão e doenças cardiovasculares, e com algumas características particulares da doença, como deficientes físicos, com demências e idosos. As características do cuidador informal, como ser do sexo feminino e mais jovem, estão, igualmente, associadas a sintomas depressivos mais elevados. Também, perda de controlo sobre a vida, menos apoio social e perceção de crescimento pessoal estagnado aumentam o risco de sintomas depressivos. Por outro lado, sistemas de apoio como assistência domiciliar e apoio financeiro reduzem os sintomas depressivos (Cottagiri & Sykes, 2019). No global os cuidadores de pessoas dependentes percecionam o seu apoio social como elevado, e este é simultaneamente mais elevado em cuidadores com maior escolaridade e mais novos (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; González & Palma, 2016).

Estudos conduzidos por Lou et al. (2015), em cuidadores de doentes com Alzheimer, revelam que níveis elevados de ansiedade estão associados ao prolongamento deste papel. Estes encontraram uma associação independente entre níveis mais altos de depressão e um maior número de cuidadores adicionais, menor escolaridade e ser cônjuge do recetor de cuidados. Níveis elevados de sobrecarga foram associados com uma maior duração do papel de cuidador e a ser o cônjuge do recetor de cuidados. Sobrecarga do cuidador, ansiedade ou depressão não estão significativamente correlacionadas com as horas diárias de cuidados prestados.

Num estudo que avaliou a correlação entre sintomas depressivos e a sobrecarga percebida por cuidadores informais e cuidadores formais, Galvis e Códoba (2016) verificaram uma correlação estatisticamente significativa na amostra de cuidadores formais entre a depressão e a sobrecarga. A sobrecarga percebida pelo cuidador informal é também preditor de ansiedade e stress (Cottagiri & Sykes, 2019). Jácome et al. (2014) verificaram que a sobrecarga percebida pelo cuidador informal e as limitações de atividade da pessoa dependente são preditores significativos de sintomas de ansiedade e depressão.

Durante muito tempo a investigação científica sobre o cuidador informal centrou-se nas repercussões negativas do cuidar, nomeadamente na sobrecarga física, emocional, social, familiar e financeira, encarando-se como algo ameaçador (García, 2010; Sequeira, 2010). Contudo, a prestação informal de cuidados tem consequências que interagem entre si de forma dinâmica, produzindo sinergias que podem ser negativas e positivas. Como tal, a visão negativa do cuidado informal é redutora e limitativa, sendo possível identificar repercussões positivas deste mesmo cuidar. Muitos cuidadores enfatizam mais os ganhos e a influência positiva nas suas vidas e nas suas relações familiares, do que a sobrecarga que sentem (García, 2010).

Sobre os efeitos destes cuidados Joling et al. (2016) revelaram que um número considerável de cuidadores sente bem-estar psicológico, apesar dos diferentes desafios associados ao cuidar. Neste contexto, para compreender melhor a sobrecarga, ansiedade, depressão e stress, relacionados com o desempenho do papel de cuidador informal, que se sabe hoje ser multifatorial, torna-se pertinente estudar os efeitos da resiliência neste processo.

A resiliência, na opinião de Connor e Davidson (2003), incorpora as qualidades pessoais que possibilitam prosperar face às adversidades, sendo de igual modo considerada um processo dinâmico de natureza multidimensional (Giesbrecht, Wolse, Crooks, & Stajduhar, 2013; Liu, Reed, & Girard, 2017) que engloba adaptação positiva a uma adversidade significativa (Fletcher & Sarkar, 2013; Luthar & Cicchetti, 2000). A resiliência do cuidador informal é considerada uma adaptação bem-sucedida ao ato cuidar, enquanto o cuidador mantém a sua saúde e cumpre o seu papel e, surge assim como um fator de proteção para a sobrecarga do cuidador (Zhao, Lee, Baney, Penrod, & Schubart, 2016).

A evidência científica salienta o apoio psico-emocional como uma das necessidades do cuidador, assim como a aquisição de estratégias de *coping* eficazes, que permitam uma melhor integração do seu novo papel, sendo potenciadoras da resolução eficaz de problemas (Melo, Rua, & Santos, 2014). Ao longo do tempo, a utilização de estratégias de *coping* bem-sucedidas, pode aumentar o sentido de resiliência e atenuar os efeitos negativos experienciados no papel de cuidador (Wilks, Little, Gough, & Spurlock, 2011). Nos estudos de Séoud e Ducharme (2015) existe associação estatisticamente significativa entre as estratégias de *coping* focadas no problema e focadas na emoção, o sentido de autoeficácia, o significado atribuído ao cuidar e a resiliência do cuidador. Nos trabalhos de Min, Yu, Lee, e Chae (2013), em pessoas com transtornos de depressão e/ou ansiedade, comprovou-se que estratégias adaptativas são mais fortemente correlacionadas com resiliência do que estratégias não adaptativas, além disso, os seus resultados revelaram que baixos níveis de depressão e ansiedade previam significativamente maior resiliência. Para além das estratégias de *coping* positivas, também a fé, o apoio social e as características pessoais são fatores com associação positiva à resiliência (O'Dwyer, Moyle, & van Wyk, 2013).

Um elevado nível de resiliência foi correlacionado com uma melhor saúde física, determinação, sensação de bem-estar e habilidade para lidar com problemas (Gaioli, Furegato, & Santos, 2012), bem como com um baixo nível de depressão e ansiedade (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; Gaioli et al., 2012). É ainda evidente, nos estudos analisados, que a resiliência é um fator protetor contra o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos tais como a depressão (Elisei, Sciarma, Verdolini, & Anastasi, 2013). Assim, se o cuidador tiver maior capacidade de resiliência será capaz de manter o equilíbrio mental e físico, beneficiando

o seu desempenho na tarefa de cuidar da pessoa dependente (Gaioli et al., 2012), diminuindo a sobrecarga, stress, depressão associados ao cuidar (Dias et al., 2015). Cuidadores mais velhos, do sexo feminino, que desempenham o seu papel há mais tempo, que despendem mais tempo a prestar cuidados e que tem apoio, formal ou informal, apresentam níveis de resiliência mais elevados (Dias et al., 2015; Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007). Por outro lado, na perspetiva de Joling et al. (2016) prestar cuidados a uma pessoa dependente do sexo feminino, viver em domicílio separado e possuir baixa sobrecarga estão positivamente relacionados com a resiliência do cuidador.

Ao estudar cuidadores de pessoas com doença mental Mulud e McCarthy (2017) mostraram que a resiliência é mediadora da relação entre o género e a sobrecarga do cuidador, concluindo ainda que existe associação significativa entre a sobrecarga do cuidador, a duração prolongada da prestação de cuidados, a falta de suporte percebido e os distúrbios de comportamento da pessoa cuidada.

Nos trabalhos de investigação realizados por Crespo e Fernández-Lansac (2015) e por Fernández-Lansac, López, Cáceres, e Rodríguez-Poyo (2012) os autores verificaram que existe correlação inversamente significativa entre a resiliência e os níveis de sobrecarga subjetiva, a depressão e a ansiedade e existe correlação positiva entre a resiliência e uma maior satisfação com o apoio social recebido.

No seu estudo, Wilks e Croom (2008) comprovaram que o stress influencia negativamente a resiliência, enquanto o suporte social a influencia positivamente, sendo que os cuidadores com alto suporte familiar apresentaram uma maior probabilidade de resiliência elevada. Os resultados demonstraram ainda que o apoio da família, dos amigos e o apoio social em geral moderaram o efeito negativo do stress percebido e influenciaram positivamente a auto percepção de resiliência do cuidador.

O aumento da resiliência dos cuidadores relaciona-se com a proximidade familiar com a pessoa cuidada, a boa qualidade de vida, os hábitos de vida saudáveis, o otimismo e a satisfação com a vida. A resiliência pode também ser promovida através de apoio familiar, social e financeiro adequado, de ajuda e divisão das responsabilidades do cuidado e de um melhor estado físico e emocional do cuidador (Manzini, Brigola, Pavarini, & Vale, 2016).

A evidência científica aponta para uma associação positiva entre elevados níveis de resiliência e fatores sociais tais como bom suporte social, satisfação com o suporte social e os recursos individuais, familiares e comunitários (Dias et al., 2015). Nos resultados encontrados por Ong et al. (2018) o apoio social percebido medeia a associação entre resiliência e sobrecarga do cuidador informal, sendo esta informação crucial para que os profissionais de saúde, particularmente aqueles que ajudam os cuidadores, promovam e

identifiquem a rede de apoio familiar e de amigos que pode ajudar a atenuar a sobrecarga do cuidador.

A resiliência tem sido referida como um fator influenciador, do estado dos cuidadores, reduzindo os resultados negativos e melhorando os resultados positivos, no entanto, é também considerada como um resultado em si mesma e mostra ser maleável, sugerindo a necessidade de intervenções diretas. Esta tem benefícios claros para ambos, o cuidador e a pessoa cuidada, sendo um processo complexo que pode ser modificado e reforçado pela intervenção dos profissionais de saúde (Rosenberg, Baker, Syrjala, Back, & Wolfe, 2013).

Quando os cuidadores relatam, predominantemente, benefícios do papel que desempenham, as pessoas de quem cuidam são menos propensas a ficar deprimidas ou tornarem-se ansiosas, do que as que tem cuidadores que relatam, predominantemente, sobrecarga emergente desses cuidados. Nesta perspetiva, melhorar as condições do cuidador pode trazer benefícios para ambos os elementos da díade de cuidados (Pristavec, 2019).

Pela evidência científica apresentada entende-se ser pertinente desenvolver estudos de investigação adicionais que, permitam perceber de que forma a resiliência, a sobrecarga, o apoio social, a ansiedade, a depressão e o stress do cuidador informal da pessoa dependente se interrelacionam. Esta investigação e os resultados dela emergentes poderão contribuir para o incremento do conhecimento dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sobre as relações entre os diversos fatores, envolvidos na prática do cuidar informal, facultando, deste modo, algumas indicações úteis acerca de onde podem intervir, no sentido da prevenção de resultados adversos para o cuidador, que poderão ter repercussões também para a pessoa dependente.

Com a finalidade de esclarecer algumas interrogações, foi enunciada a questão de investigação central do presente estudo, para a qual pretendemos dar resposta: Quais os fatores que influenciam a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente?

Neste estudo e com o intuito de estruturar respostas à questão de investigação, foram delineados alguns objetivos a concretizar.

O objetivo geral deste estudo é: determinar fatores preditores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente.

Para além deste, delineámos, ainda, os seguintes objetivos específicos, que permitiram nortear toda investigação: Identificar a relação das variáveis sociodemográficas do cuidador informal com a sua ansiedade, depressão e stress; Avaliar a relação entre resiliência

do cuidador e ansiedade, depressão e stress; Analisar a relação entre sobrecarga do cuidador e ansiedade, depressão e stress; Analisar a influência do esforço do cuidador na ansiedade, depressão e stress; Avaliar a influência do apoio social funcional percebido pelo cuidador na ansiedade, depressão e stress; Identificar a relação das variáveis sociodemográficas da pessoa dependente com a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal; Identificar a relação das características do contexto de prestação de cuidados com a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal; Avaliar a relação entre dependência funcional da pessoa dependente e a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal; e Analisar a relação entre o declínio cognitivo da pessoa dependente e a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal.

De forma a concretizar os objetivos definidos, o presente trabalho encontra-se dividido, além desta introdução, onde realizámos um breve enquadramento teórico das temáticas de interesse, num primeiro capítulo referente à metodologia utilizada na investigação, nomeadamente a amostra, instrumentos e procedimentos de colheita de dados e análise estatística dos mesmos. O segundo capítulo refere-se à apresentação dos principais resultados de investigação obtidos através da análise estatística. O terceiro capítulo aborda a discussão metodológica e a discussão dos resultados obtidos à luz da literatura científica existente. O último capítulo apresenta a conclusão onde será realizada uma síntese final, com apresentação das principais conclusões que emergiram com a realização deste estudo, bem como das suas implicações para o futuro.

## 1. Metodologia

Neste ponto apresentamos os aspetos metodológicos, nomeadamente o desenho de investigação, a população e amostra em estudo, descrevemos os instrumentos de colheita de dados e os procedimentos éticos e de recolha de dados, e finalmente especificamos os testes estatísticos utilizados na análise dos dados, por forma a sistematizar o percurso realizado (Coutinho, 2016).

O papel de cuidador informal é cada vez mais exigente e desgastante, quer física quer emocionalmente, com repercussões nas várias esferas da vida pessoal, social e profissional (Andrade, 2009; Imaginário, 2008). Associado a este papel surgem muitas vezes perturbações mentais, nomeadamente a ansiedade, depressão e stress (Cabral et al., 2014). Neste seguimento torna-se importante que os profissionais de saúde cuidem, não só da pessoa dependente, mas também do seu cuidador informal, iniciando pelo primeiro nível de prevenção em saúde, ao conhecer os fatores que influenciam os estados de ansiedade, depressão e stress para os poder prevenir ou mitigar.

Face ao exposto, formulamos a seguinte questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente?

Para dar resposta às questões formuladas delineamos o seguinte objetivo geral: Determinar fatores preditores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente, do qual emergiram os objetivos mais específicos:

- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas do cuidador informal com a sua ansiedade, depressão e stress;
- Avaliar a relação entre resiliência do cuidador e ansiedade, depressão e stress;
- Analisar a relação entre sobrecarga do cuidador e ansiedade, depressão e stress;
- Analisar a influência do esforço do cuidador na ansiedade, depressão e stress;
- Avaliar a influência do apoio social funcional percebido pelo cuidador na ansiedade, depressão e stress;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas da pessoa dependente com a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal;
- Identificar a relação das características do contexto de prestação de cuidados com a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal;

- Avaliar a relação entre dependência funcional da pessoa dependente e a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal;
- Analisar a relação entre o declínio cognitivo da pessoa dependente e a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal;

Relativamente ao tipo de estudo utilizámos uma metodologia de investigação quantitativa, descritivo-correlacional e transversal (Coutinho, 2016).

Apresentamos na figura 1 o desenho de investigação que nos permite visualizar a relação prevista entre as variáveis estudadas, com vista a obter resposta às questões de investigação colocadas.

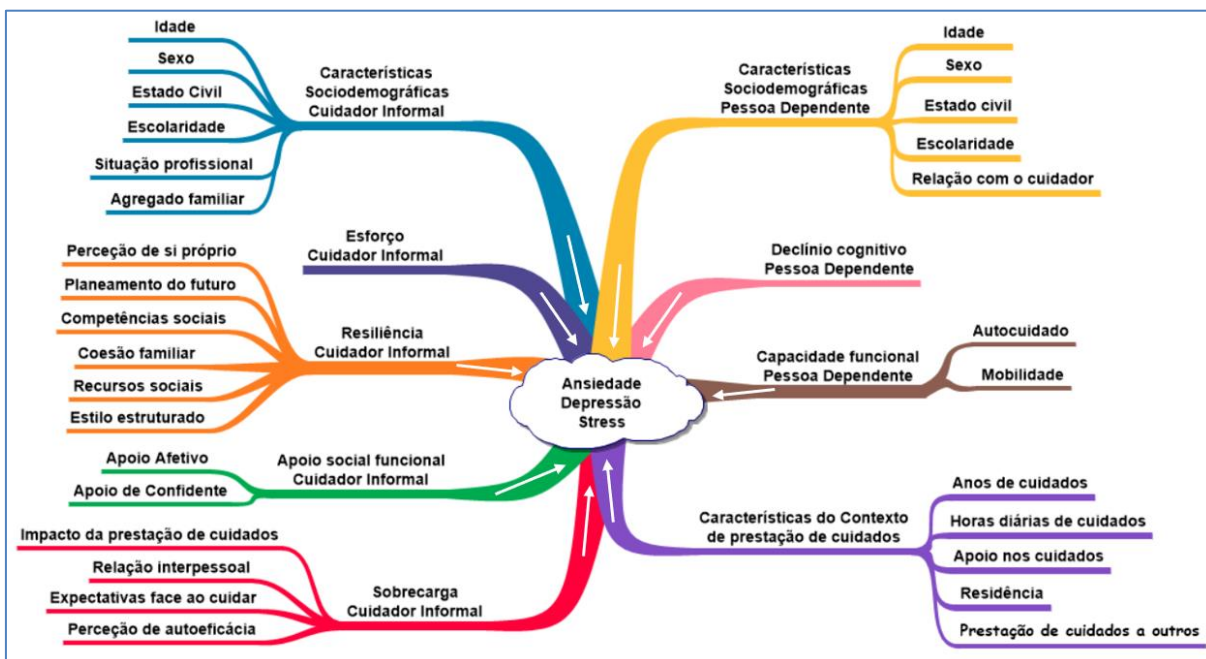


Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

As variáveis independentes definidas no estudo são as características sociodemográficas, resiliência, sobrecarga, esforço e apoio social funcional do cuidador informal, e ainda, as características sociodemográficas da pessoa dependente, as características do contexto de prestação de cuidados, a capacidade funcional e o declínio cognitivo da pessoa dependente.

Por sua vez, as variáveis dependentes são a ansiedade, a depressão e o stress.

## 1.1. Participantes

A população do nosso estudo inclui cuidadores informais da pessoa dependente do distrito de Aveiro.

Por se tornar difícil realizar uma amostragem probabilística para a colheita de dados, optámos pela realização de uma amostragem por redes, também designada amostragem “em bola de neve”, em que as pessoas recrutadas inicialmente sugeriram outras pessoas para participar no estudo (Coutinho, 2016). Este método foi escolhido pela dificuldade em encontrar um número significativo cuidadores informais de pessoa com dependência prévia ao internamento, dado que a colheita de dados foi iniciada no contexto hospitalar.

Os dados foram recolhidos, inicialmente nos serviços de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) e seguidamente na comunidade, recorrendo a cuidadores informais identificados e referenciados pelos cuidadores a quem foi aplicado o questionário no contexto de internamento, no período de janeiro de 2015 a maio de 2016.

Como critérios de seleção relativamente à pessoa dependente definimos: Possuir dependência física ou declínio cognitivo, há pelo menos 6 meses; Ter idade igual ou superior a 18 anos; Não ser residente em instituição de apoio a pessoas dependentes.

Como critérios de inclusão para o cuidador informal definimos: Ter idade igual ou superior a 18 anos; Ser cuidador informal da pessoa dependente, há pelo menos 6 meses; Ser o cuidador principal ou primário da pessoa dependente (pessoa que assume a maior parte da responsabilidade na prestação de cuidados (Sequeira, 2010)).

### 1.1.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador informal

Neste ponto apresentamos a caracterização sociodemográfica do cuidador informal da pessoa dependente.

A amostra é constituída por 85 participantes, 92.9% (n=79) do sexo feminino e 7.1% (n=6) do sexo masculino.

A análise estatística relativa à **idade** (cf. Tabela 1) revela que a média de idade do cuidador é de 51.97 anos, com um desvio padrão de 15.02 anos e com intervalo etário entre os 19 e os 75 anos. As mulheres registaram idades médias superiores às dos homens, 53.45 anos com um desvio padrão de 14.27 *versus* 32.50 anos com um desvio padrão de 11.00.

Os valores de simetria (SK/erro) e achatamento (K/erro) indicam uma distribuição simétrica com curva mesocúrtica para os participantes do sexo masculino e uma distribuição assimétrica enviesada à direita com curva mesocúrtica para os participantes do sexo feminino. No global da amostra os valores apresentam uma distribuição assimétrica enviesada à direita com curva mesocúrtica.

O coeficiente de variação no caso do sexo masculino de 33.84% indica uma dispersão elevada face à idade média, no caso do sexo feminino (26.69%) indica uma dispersão moderada.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo do cuidador

Sexo	Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino		6	22	45	32.50	11.00	33.84	0	-1.63
Feminino		79	19	75	53.45	14.27	26.69	-2.85	0.43
Total		85	19	75	51.97	15.02	28.90	-2.48	-0.38

Dada a elevada amplitude de variação da idade, procedemos ao agrupamento em três classes etárias, a primeira engloba idade inferior a 50 anos, a segunda idade entre 50 e 60 anos e a terceira idade superior a 60 anos (cf. Tabela 2). Verificámos que 31.8% dos participantes apresentavam idade inferior a 50 anos, 36.5% idade entre 50 e 60 anos e 31.8% idade superior a 60 anos. Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.001$ ) entre o sexo e a idade, para os participantes do sexo masculino com menos de 50 anos.

Em relação ao **estado civil** (cf. Tabela 2), procedemos à sua recodificação, utilizando um critério empírico para melhor operacionalização da mesma, constituindo-se dois grupos, com a seguinte distribuição: os solteiros, viúvos e divorciados (35.3%); e os casados e em união de facto (64.7%). Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.001$ ) entre o sexo e o estado civil, para os participantes do sexo masculino solteiros, viúvos ou divorciados, e para os participantes do sexo feminino casados ou em união de facto.

A variável **escolaridade** (cf. Tabela 2) foi reagrupada, transformando-se as habilitações até ao terceiro ciclo num grupo, o ensino secundário em outro e o ensino superior num terceiro grupo. Identificámos o predomínio de participantes, 48.2%, com escolaridade até ao terceiro ciclo, seguidas de 43.5% com o ensino secundário e 8.2% com curso superior. Existem diferenças estatisticamente significativas entre sexo e a escolaridade, para os participantes com escolaridade até ao terceiro ciclo do sexo feminino e para os participantes com ensino secundário do sexo masculino ( $p=0.020$ ).

No que se refere à **situação profissional** (cf. Tabela 2) procedemos à recodificação da variável em dois grupos, empregado e desempregado, o primeiro grupo referente empregados a tempo inteiro e parcial e o segundo a desempregados, domésticas, pensionistas, estudantes ou outros. Trata-se de uma amostra maioritariamente constituída por pessoas desempregadas 58.8% (59.5% da totalidade do sexo feminino e 50% da totalidade do sexo masculino), sendo 41.2% pessoas empregadas. Estatisticamente não existem diferenças significativas na situação profissional entre os dois sexos ( $X^2=0.208$ ;  $p=0.649$ ).

A variável **agregado familiar** (cf. Tabela 2) foi também recodificada em família nuclear (constituída por marido, esposa e filhos) e em família alargada (constituída por pessoas com outro grau de parentesco). Quando analisada a composição do agregado familiar verificámos que nenhum dos participantes reside sozinho e a maioria reside com família alargada (69.4%) em comparação com a família nuclear (30.6%). Estatisticamente revelou-se que o agregado familiar não é diferente em função do sexo ( $p=0.171$ ).

É de salientar que os participantes do sexo masculino apenas se enquadram no grupo com idade inferior a 50 anos, sendo a totalidade solteiros, viúvos ou divorciados, possuindo como habilitações literárias o ensino secundário e residindo no seio de uma família alargada.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (6)	% (7.1)	Nº (79)	% (92.9)	Nº (85)	% (100.0)	Masc	Fem	X <sup>2</sup>	p
<b>Variáveis</b>										
<b>Idade</b>										
< 50 anos	6	100.0	21	26.6	27	31.8	<b>3.7</b>	-3.7	*	0.001
50 a 60 anos	-	0.0	31	39.2	31	36.5	-1.9	1.9		
> 60 anos	-	0.0	27	34.2	27	31.8	-1.7	1.7		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	6	100.0	24	30.4	30	35.3	<b>3.4</b>	-3.4	*	0.001
Casado/União de facto	-	0.0	55	69.6	55	64.7	-3.4	<b>3.4</b>		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	-	0.0	41	51.9	41	48.2	-2.5	<b>2.5</b>	*	0.020
Secundário	6	100.0	31	39.2	37	43.5	<b>2.9</b>	-2.9		
Superior	-	0.0	7	8.9	7	8.2	-0.8	0.8		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	3	50.0	32	40.5	35	41.2	0.5	-0.5	0.208	0.687
Desempregado	3	50.0	47	59.5	50	58.8	-0.5	0.5		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	-	0.0	26	32.9	26	30.6	-1.7	1.7	*	0.171
Família alargada	6	100.0	53	67.1	59	69.4	1.7	-1.7		

\*Teste de Fisher

## 1.2. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada utilizando um questionário e várias escalas (Anexo I), organizados em duas secções e apresentam um breve texto preliminar onde foram acrescentadas algumas indicações consideradas úteis para o seu preenchimento.

A Secção A está dividida em seis subgrupos, o primeiro refere-se à Caracterização Sociodemográfica do cuidador informal (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional e composição do agregado familiar). Procedemos à recodificação de algumas das variáveis, utilizando um critério empírico para melhor operacionalização das mesmas (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas do cuidador informal

Variáveis Sociodemográficas do cuidador informal	
Atributos	Categorias
Idade	<50ano 50 a 60 anos >60 anos
Sexo	Masculino Feminino
Estado civil	Solteiro/Viúvo/Divorciado Casado/União de facto
Escolaridade	Até ao 3º ciclo Secundário Superior
Situação profissional	Empregado Desempregado
Agregado familiar	Família nuclear (marido/esposa/filho) Família alargada

Os restantes subgrupos correspondem às escalas:

- Escala de Resiliência para Adultos (ERA) (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003; M. Pereira, Cardoso, Alves, Narciso, & Canavarro, 2013);
- Escala de sobrecarga do cuidador (ESC) (Sequeira, 2010; Zarit & Zarit, 1983);
- Índice de Esforço ou Tensão do Cuidador (IEC) (López & Moral, 2005; Robinson, 1983);
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS) (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);
- Questionário de Apoio Social Funcional Duke-*University of North Carolina* - Duke-UNC-11 (Duke) (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, & Kaplan, 1988; Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; Saameño, Sánchez, Castillo, & Claret, 1996).

A Secção B está dividida em três subgrupos. O primeiro corresponde aos dados relativos à Caracterização Contextual (variáveis sociodemográficas da pessoa dependente: idade, sexo, estado civil, escolaridade da pessoa dependente, relação com o cuidador; variáveis do contexto de prestação de cuidados: anos de prestação de cuidados, horas diárias de prestação de cuidados, apoio na prestação de cuidados, residência e prestação de cuidados a outros).

Relativamente à idade da pessoa dependente, procedemos ao agrupamento das pessoas dependentes em três classes etárias (cf. Quadro2). Segundo Shephard (as cited in Fachine & Trompieri, 2012) a meia-idade compreende a faixa etária situada de 40 a 65 anos, pelo que, no nosso estudo, recodificámos como adulto, a pessoa dependente com idade inferior ou igual a 64 anos. O mesmo autor descreve ainda a velhice como a fase inicial da velhice, compreendendo o intervalo etário situado entre 65 e 75 anos, pelo que designamos de jovem idoso as pessoas nesta faixa etária. Por fim este autor destaca também a velhice avançada e muito avançada que compreende as faixas etárias acima dos 75 anos, pelo que acima dos 76 anos de idade, no nosso estudo, recodificamos a pessoa dependente como idoso. No caso das restantes variáveis, procedemos à sua recodificação, utilizando um critério empírico para melhor operacionalização das mesmas (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis contextuais

Variáveis Sociodemográficas da pessoa dependente		Variáveis do Contexto de prestação de cuidados	
Atributos	Categorias	Atributos	Categorias
<b>Idade</b>	Adulto ( $\leq 64$ anos) Jovem idoso (65 a 75 anos) Idoso ( $\geq 76$ anos)	<b>Anos de prestação de cuidados</b>	$\leq 2$ anos 3 a 5 anos $\geq 6$ anos
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino	<b>Horas diárias de prestação de cuidados</b>	$\leq 5$ horas 6 a 10 horas $\geq 11$ horas
<b>Estado civil</b>	Solteiro/Viúvo/Divorciado Casado	<b>Apoio na prestação de cuidados</b>	Sim Não
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto Até ao 3º ciclo Secundário/Superior	<b>Residência</b>	Coabitação Outros
<b>Relação com o cuidador</b>	Familiar direto (pai/mãe/irmão(ã)/marido/esposa) Outros	<b>Prestação de cuidados a outros</b>	Sim Não

Os dois subgrupos ainda referentes à caracterização da pessoa dependente são as escalas de avaliação:

- Índice de *Barthel*, Modificação de Granger, et al. (Granger, Albrecht, & Hamilton, 1979);

- Teste do Informador – *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) *Short Form* (Jorm, 1994).

Acresce referir que realizámos a avaliação de algumas das propriedades psicométricas das escalas utilizadas, com os estudos de validade e de fiabilidade ou fidelidade que são essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados de um instrumento (Coutinho, 2016).

A fidelidade, que procura determinar até que ponto uma medida produz a mesma resposta independentemente do contexto em que é aplicada (Marôco, 2018), foi avaliada através da consistência interna ou homogeneidade dos itens, que se refere ao grau de uniformidade e coerência entres as respostas a cada um dos itens do instrumento, com recurso à:

- Determinação do poder discriminativo – obtido através do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global;
- Determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* – correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens que meçam a mesma característica;
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*).

Os valores de fidelidade situam-se entre 0 e 1, sendo tanto melhores quanto mais elevados. Para Marôco (2018) valores de *alfa de Cronbach* superiores a 0.5 são considerados aceitáveis em ciências sociais. Para Pestana e Gageiro (2008) são também considerados como valores de referência: > 0.9 – muito boa; 0.8 a 0.9 – boa; 0.7 a 0.8 – razoável; 0.6 a 0.7 – fraca; e < 0.6 – inadmissível.

A validade de construto foi avaliada através da análise fatorial, que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados pela redução do número de variáveis necessárias para os descrever (Pestana & Gageiro, 2008). Neste estudo analisámos a validade de algumas escalas através da análise fatorial. Realizámos análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC), esta última com recurso ao software AMOS 23 (*Analysis of Moment Structures*). A AFC é um método confirmatório que serve para certificar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas específicas de acordo com uma teoria ou padrão pré-estabelecido (Marôco, 2018).

Utilizámos o método de extração de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), para avaliar a qualidade dos dados, ou seja, é um procedimento estatístico que permite avaliar a qualidade das correlações entre as variáveis. O KMO varia entre 0 e 1, sendo que a consistência interna

é considerada: excelente se superior a 0.9; boa entre 0.8 e 0.9; média entre 0.7 e 0.8; medíocre entre 0.6 e 0.7; mau, mas ainda aceitável entre 0.5 e 0.6; e inaceitável para valores inferiores ou iguais a 0.5 (Marôco, 2018).

Foi adotado o Método das Componentes Principais, devendo reter-se as componentes principais com valor próprio (*Eigenvalue*) superior a 1, segundo o Critério de Kaiser. Confirmando-se as componentes a reter com o Critério *Scree Plot*, que representa graficamente os fatores e os respetivos *eigenvalues*, permitindo perceber qual a importância relativa de cada fator para explicar a variância total das variáveis originais (Marôco, 2018).

Para uma melhor interpretação dos fatores, utilizamos o método de rotação *Varimax*, de modo a obtermos uma melhor associação das variáveis. Este método é designado de método de rotação ortogonal (Marôco, 2018).

Para avaliar a qualidade do ajustamento local do modelo determinámos os pesos fatoriais ( $\lambda$ ), sendo os valores de referência, para cargas fatoriais adequadas, superiores a 0.40 (Howard, 2016). Foi ainda considerado o valor da comunalidade ( $h^2$ ) de cada variável na análise, que representa a fração da variância de cada variável que é explicada pelos fatores retidos (Marôco, 2018), sendo o valor superior a 0.40 a referência utilizada para comunalidades adequadas.

Para a análise do modelo fatorial usamos como indicadores de qualidade de ajustamento global (Marôco, 2018):

- Qui-quadrado ( $X^2$ ) de ajustamento, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor de  $X^2$  estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o qui-quadrado pior o ajustamento;
- Razão entre qui quadrado e graus de liberdade ( $X^2/gl$ ), avalia a discrepância entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo. Considera-se ajustamento perfeito se ( $X^2/gl$ ) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5;
- Índice de Qualidade do Ajuste (GFI – *Goodness of Fit Index*), que pode ser ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI superiores a 0.90 (modelo razoavelmente ajustado aos dados) ou 0.95 (indicadores de um ajustamento muito bom). Esta estatística não é influenciada pelo tamanho da amostra dos participantes;

- CFI (*Comparative Fit Index*) é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 indicadores de melhor ajuste, com valores superiores a 0.90 como sendo a referência para aceitar o modelo;
- Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*), recomendam-se valores próximos a 0.06 e 0.08, com intervalo de confiança de 90% (IC90%), interpretam-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado, valores superiores a 0.1 inaceitável, inferiores a 0.1 bom ajuste e valores inferiores a 0.05 como muito bom ajuste;
- *Root mean square residual* (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito;

### 1.2.1. Escala de Resiliência para Adultos

A Escala de Resiliência para Adultos (ERA) (Friborg et al., 2003; M. Pereira et al., 2013) foi desenvolvida na Noruega, com o intenção de colmatar a carência de medidas de avaliação de resiliência para a população adulta. A escala é constituída por 33 itens e permite avaliar os recursos protetores que promovem a resiliência na idade adulta (Friborg et al., 2003).

A escala é do tipo *Likert*, com uma variação de respostas entre um e sete, em que pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de resiliência, no entanto, os itens 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 26, 28, 29, 31 e 33 estão codificados inversamente, pelo que têm que ser invertidos antes da análise de dados.

Os estudos psicométricos da escala sugerem uma estrutura de seis fatores (Hjemdal et al., 2011; M. Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro, & Alves, 2016):

- Perceção do *Self*, avalia a confiança nas próprias capacidades e julgamentos, autoeficácia e expectativas realistas (itens 1, 7, 13, 19, 25 e 29);
- Planeamento do Futuro, mensura a capacidade de planeamento antecipado, de ter uma visão otimista e de se orientar por objetivos claros e alcançáveis (itens 2, 8, 14 e 20);
- Competências Sociais, mede a flexibilidade em interações sociais, a capacidade de criar novas amizades, sentir-se à vontade em ambientes sociais e o uso positivo do humor (itens 3, 9, 15, 21, 26 e 30);
- Coesão Familiar, avalia se os valores são partilhados ou discordantes na família, se os membros da família apreciam passar tempo juntos, se têm uma visão otimista

do futuro, se são leais uns com os outros e se têm um sentimento de apreciação e apoio mútuo (itens 4, 10, 16, 22, 27 e 31);

- Recursos Sociais, mede a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confidente fora do núcleo familiar (como amigos ou outros que os apreciam e encorajam) e se existem pessoas a quem recorrer fora da família caso necessitem de ajuda (itens 5, 11, 17, 23, 28, 32 e 33);
- Estilo Estruturado, avalia a capacidade de ter e seguir rotinas, de organização do próprio tempo, e a preferência por objetivos e planos claros antes da realização das atividades (itens 6, 12, 18 e 24).

Estudos para a população portuguesa revelam, para o total de itens da ERA, mantendo a estrutura original de seis fatores, um *alfa de Cronbach* de 0,94, variando entre 0.38 (estilo estruturado) e 0.84 (recursos sociais), apresentando este modelo indicadores de ajustamento satisfatórios (M. Pereira et al., 2016).

Neste estudo, procedemos à avaliação da consistência interna da ERA, analisando as medidas de tendência central (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global (cf. Tabela 3).

Os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.918 e 0.926, com um *alfa* para o global da escala de 0.923, indicando muito boa consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 24 foi o que apresentou menos estabilidade e é negativo ( $r=-0.034$ ), o que indica que deveria ser invertido, explica 88% da variabilidade e se fosse retirado o *alfa* subia para 0.926. A correlação máxima situa-se no item 29 ( $r=0.756$ ). Os restantes valores de correlação são superiores a 0.20, o que indica uma boa correlação, exceto no item 12 ( $r=0.199$ ), ainda assim muito próximo.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada, os itens 6 e 8 são os que apresentam o valor mais baixo (3.635), ainda assim encontram-se dentro do esperado.

Alisámos as comunalidades de cada variável e verificámos que os valores variam entre 0.746 e 0.914, sendo por isso considerados adequados.

Tabela 3 – Consistência Interna da ERA

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item	h <sup>2</sup>
1	Quando acontece alguma coisa imprevista	4.882	1.392	0.532	0.888	0.921	0.811
2	Os meus planos para o futuro são	4.835	1.837	0.372	0.880	0.923	0.828
3	Eu gosto de estar	4.458	1.861	0.587	0.926	0.920	0.780
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	5.117	1.450	0.394	0.898	0.922	0.618
5	Posso discutir assuntos pessoais com	5.823	1.424	0.437	0.886	0.922	0.868
6	Estou no meu melhor quando	3.635	2.046	0.337	0.763	0.924	0.843
7	Os meus problemas pessoais	4.752	1.889	0.644	0.841	0.919	0.747
8	Sinto que o meu futuro parece	3.635	1.639	0.216	0.879	0.924	0.812
9	Ser flexível em contextos sociais	5.282	1.500	0.315	0.788	0.923	0.799
10	Eu sinto-me	4.541	2.056	0.573	0.912	0.920	0.860
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	5.235	1.874	0.656	0.939	0.919	0.914
12	Quando inicio novas coisas/projetos	4.152	1.577	0.199	0.851	0.924	0.786
13	Os meus juízos e decisões	5.082	1.656	0.664	0.945	0.919	0.821
14	Os meus objectivos	4.317	1.780	0.684	0.885	0.919	0.746
15	Novas amizades são algo	5.000	1.939	0.665	0.962	0.919	0.891
16	A minha família caracteriza-se por	5.647	1.638	0.448	0.863	0.922	0.811
17	A ligação entre os meus amigos é	5.388	1.536	0.463	0.886	0.921	0.767
18	Sou bom (boa) a	4.858	1.574	0.419	0.775	0.922	0.800
19	Acreditar em mim	5.458	1.376	0.592	0.953	0.920	0.809
20	Os meus objectivos para o futuro são	4.741	1.432	0.376	0.891	0.922	0.785
21	Conhecer novas pessoas é	5.082	1.712	0.530	0.933	0.921	0.865
22	Em períodos difíceis, a minha família	4.552	1.789	0.565	0.919	0.920	0.866
23	Quando um familiar passa por uma crise/emergência	4.964	1.984	0.608	0.920	0.919	0.843
24	Regras e rotinas habituais	5.529	1.419	-0.034	0.880	0.926	0.758
25	Em períodos difíceis tenho tendência a	5.035	1.621	0.591	0.930	0.920	0.877
26	Quando estou com outras pessoas	4.952	1.969	0.610	0.944	0.919	0.905
27	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	5.376	1.535	0.496	0.914	0.921	0.822
28	Eu recebo apoio de	5.023	1.920	0.612	0.925	0.919	0.800
29	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	4.376	1.799	0.756	0.930	0.918	0.791
30	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	5.035	1.569	0.545	0.949	0.920	0.858
31	Na minha família, gostamos de	4.552	1.960	0.565	0.906	0.920	0.877
32	Quando preciso	5.447	1.562	0.409	0.874	0.922	0.793
33	Os meus amigos/familiares próximos	4.788	1.871	0.442	0.887	0.922	0.771
<b>Coefficiente alfa de Cronbach global</b>					<b>0.923</b>		

Foi efetuada a AFE, mas, dado que a estrutura encontrada não era consistente com a do autor, optámos por adotar a do autor original, previamente apresentada, também confirmada para a população portuguesa. De seguida apresentamos a análise das subescalas.

Na tabela 4 apresentamos os parâmetros de fiabilidade por subescala da ERA. No que respeita ao fator 1, percepção do *self*, aferiram-se valores de *alfa de Cronbach* classificados de razoáveis a bons, uma vez que variam entre 0.772 (item 29) e 0.839 (item 19), com um valor global para o total da subescala de 0.835. Salienta-se que o item 29 “Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar” é o que está mais correlacionado com a percepção do *self* ( $r=0.769$ ) e exprime 62.3% variabilidade em relação aos restantes itens, o que comprova uma boa correlação, sendo o menos correlacionado o item 19 ( $r=0.432$ ), explicando 40.5% da sua variabilidade.

No fator 2, planeamento do futuro, obtivemos valores de *alfa de Cronbach*, que variaram entre 0.595 (item 20) e 0.665 (item 14), classificando-se de inadmissíveis a fracos, com um valor global de 0.691, considerado fraco. Nota-se que o item 20 é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0.540$ ), explicando 43.4% da variabilidade do fator, e que o item 14 é o que apresenta menor valor correlacional ( $r=0.417$ ), explicando 22.1% da variabilidade.

Analisando o fator 3, competências sociais, os valores de *alfa de Cronbach*, variaram entre 0.661 (item 15) e 0.796 (item 9), qualificando-se de fracos a razoáveis, com um valor global de 0.759, considerado razoável. Os resultados com menor expressão foram obtidos no item 9 ( $r=0.166$ ), explicando 20.6% da variabilidade e o item com maior valor correlacional é o 15 ( $r=0.707$ ), exprimindo 70.6% da variabilidade do fator competências sociais, o que comprova a forte correlação e importância dos seus resultados para esta subescala.

Em relação ao fator 4, coesão familiar, os valores de *alfa de Cronbach* foram razoáveis uma vez que variaram entre 0.703 (item 10) e 0.794 (item 22) e para o global da subescala 0.773. O item 10 é o que mais se correlaciona com os resultados globais deste fator ( $r=0.645$ ), explicando cerca de 44.7% da variabilidade e o item 22 é o que menos se correlaciona ( $r=0.295$ ), explicando uma variabilidade de 19.6%.

Para o fator 5, recursos sociais, obtivemos valores de *alfa de Cronbach*, entre razoáveis a bons, oscilando entre 0.738 (item 11) e 0.802 (item 17), com um global de 0.800. O item 11 é o que apresenta melhores resultados globais nesta subescala ( $r=0.707$ ) e o que traduz a maior variabilidade em relação aos restantes itens com 64.9%. Já o que traduz menor correlação ( $r=0.355$ ) e com uma variabilidade de 38.8% é o item 17.

Reportando-nos ao fator 6, estilo estruturado, a consistência interna, dada pelos valores de *alfa de Cronbach*, pode classificar-se de inadmissível, uma vez que o maior é de 0.270 (item 6) e o menor de 0.119 (item 24), sendo no global 0.231. Notámos que o item que apresenta o menor valor de correlação é o item 6 ( $r=0.067$ ), sendo também este o que consegue exprimir a menor variabilidade (3.6%). O maior valor de correlação situa-se no item 24 ( $r=0.173$ ), explicando 8.6% da variabilidade.

Tabela 4 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da ERA

N.º Item	Itens	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Percepção do Self</b>		<b>α=0.835</b>		
1	Quando acontece alguma coisa imprevista	0.609	0.469	0.810
7	Os meus problemas pessoais	0.490	0.404	0.837
13	Os meus juízos e decisões	0.686	0.689	0.792
19	Acreditar em mim	0.432	0.405	0.839
25	Em períodos difíceis tenho tendência a	0.698	0.717	0.789
29	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	0.769	0.623	0.772
<b>Planeamento do Futuro</b>		<b>α=0.691</b>		
2	Os meus planos para o futuro são	0.520	0.438	0.596
8	Sinto que o meu futuro parece	0.440	0.231	0.647
14	Os meus objectivos	0.417	0.221	0.665
20	Os meus objectivos para o futuro são	0.540	0.434	0.595
<b>Competências Sociais</b>		<b>α=0.759</b>		
3	Eu gosto de estar	0.600	0.525	0.696
9	Ser flexível em contextos sociais	0.166	0.206	0.796
15	Novas amizades são algo	0.707	0.706	0.661
21	Conhecer novas pessoas é	0.503	0.511	0.723
26	Quando estou com outras pessoas	0.559	0.635	0.708
30	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	0.466	0.574	0.733
<b>Coesão Familiar</b>		<b>α=0.773</b>		
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	0.456	0.304	0.755
10	Eu sinto-me	0.645	0.447	0.703
16	A minha família caracteriza-se por	0.596	0.546	0.721
22	Em períodos difíceis, a minha família	0.295	0.196	0.794
27	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	0.618	0.571	0.718
31	Na minha família, gostamos de	0.545	0.380	0.733
<b>Recursos sociais</b>		<b>α=0.800</b>		
5	Posso discutir assuntos pessoais com	0.480	0.402	0.783
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	0.707	0.649	0.738
17	A ligação entre os meus amigos é	0.355	0.388	0.802
23	Quando um familiar passa por uma crise/emergência	0.580	0.609	0.765
28	Eu recebo apoio de	0.668	0.583	0.746
32	Quando preciso	0.419	0.440	0.792
33	Os meus amigos/familiares próximos	0.508	0.354	0.779
<b>Estilo Estruturado</b>		<b>α=0.231</b>		
6	Estou no meu melhor quando	0.067	0.036	0.270
12	Quando inicio novas coisas/projetos	0.099	0.039	0.201
18	Sou bom (boa) a	0.136	0.093	0.156
24	Regras e rotinas habituais	0.173	0.086	0.119

Estudámos a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes e os fatores subjacentes da ERA. Os resultados evidenciam que a grande maioria dos itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme os índices salientados a negrito, sendo esse valor, na maioria dos casos, superior aos restantes (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da ERA

N.º Item	Itens	Percepção do Self	Planeamento do Futuro	Competências Sociais	Coesão Familiar	Recursos Sociais	Estilo Estruturado
1	Quando acontece alguma coisa imprevista	<b>0.723***</b>	0.691***	0.385***	0.336**	0.205ns	0.469***
2	Os meus planos para o futuro são	0.609***	<b>0.769***</b>	0.192ns	0.136ns	0.144ns	0.329**
3	Eu gosto de estar	0.487***	0.172ns	<b>0.754***</b>	0.404***	0.626***	0.341**
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	0.411***	0.323**	0.249*	<b>0.608***</b>	0.267*	0.083ns
5	Posso discutir assuntos pessoais com	0.327**	0.129ns	0.492***	0.338**	<b>0.607***</b>	0.133ns
6	Estou no meu melhor quando	0.429***	0.329**	0.275*	0.224*	0.186ns	<b>0.610***</b>
7	Os meus problemas pessoais	<b>0.675***</b>	0.388***	0.663***	0.440***	0.531***	0.445***
8	Sinto que o meu futuro parece	0.237*	<b>0.692***</b>	0.102ns	0.012ns	0.124ns	0.335**
9	Ser flexível em contextos sociais	0.375***	0.345**	<b>0.367**</b>	0.124ns	0.218*	0.334**
10	Eu sinto-me	0.373***	0.134ns	0.479***	<b>0.797***</b>	0.725***	0.086ns
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	0.560***	0.214*	0.629***	0.546***	<b>0.811***</b>	0.220*
12	Quando inicio novas coisas/projetos	0.322**	0.426***	-0.019ns	0.248*	-0.044ns	<b>0.515***</b>
13	Os meus juízos e decisões	<b>0.798***</b>	0.739***	0.458***	0.511***	0.382***	0.449***
14	Os meus objectivos	0.712***	<b>0.697***</b>	0.613***	0.426***	0.471***	0.512***
15	Novas amizades são algo	0.477***	0.183ns	<b>0.830***</b>	0.646***	0.661***	0.254*
16	A minha família caracteriza-se por	0.291**	0.121ns	0.346**	<b>0.733***</b>	0.426***	0.266*
17	A ligação entre os meus amigos é	0.386**	0.324**	0.509***	0.492***	<b>0.512***</b>	-0.132ns
18	Sou bom (boa) a	0.384***	0.196ns	0.405***	0.301**	0.395***	<b>0.543***</b>
19	Acreditar em mim	<b>0.580***</b>	0.083ns	0.614***	0.532***	0.649***	0.196ns
20	Os meus objectivos para o futuro são	0.553***	<b>0.733***</b>	0.181ns	0.199ns	0.158ns	0.289**
21	Conhecer novas pessoas é	0.442***	0.325**	<b>0.671***</b>	0.495***	0.555***	-0.101ns
22	Em períodos difíceis, a minha família	0.555***	0.327**	0.653***	<b>0.514***</b>	0.413***	0.273*
23	Quando um familiar passa por uma crise/emergência	0.491***	0.293**	0.535***	0.462***	<b>0.728***</b>	0.437***
24	Regras e rotinas habituais	0.027ns	0.162ns	-0.045ns	-0.160ns	-0.132ns	<b>0.534***</b>
25	Em períodos difíceis tenho tendência a	<b>0.804***</b>	0.764***	0.353**	0.365**	0.297**	0.518***
26	Quando estou com outras pessoas	0.507***	0.153ns	<b>0.734***</b>	0.552***	0.712***	0.077ns
27	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	0.411***	0.207ns	0.412***	<b>0.741***</b>	0.356**	0.286**
28	Eu recebo apoio de	0.458***	0.172ns	0.692***	0.436***	<b>0.787***</b>	0.293**
29	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	<b>0.860***</b>	0.598***	0.632***	0.568***	0.571***	0.364**
30	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	0.559***	0.454***	<b>0.629***</b>	0.411***	0.329**	0.348**
31	Na minha família, gostamos de	0.506***	0.054ns	0.555***	<b>0.722***</b>	0.547***	0.247*
32	Quando preciso	0.215*	0.162ns	0.501***	0.479***	<b>0.569***</b>	-0.091ns
33	Os meus amigos/familiares próximos	0.334**	0.195ns	0.368**	0.482***	<b>0.666***</b>	-0.005ns

Terminámos o estudo de validação com a apresentação da matriz de correlação de *Pearson* entre os diversos fatores da ERA, sendo que é espectável que as correlações não sejam demasiado elevadas, o que poderia indicar que os itens são redundantes, assim é preferível que exista uma correlação moderada entre si, o que revela uma sensibilidade a facetas diferentes do mesmo construto.

Pelos resultados obtidos (cf. Tabela 6) notámos que as correlações entre os seis fatores, são positivas e significativas, oscilando entre planeamento do futuro vs coesão familiar ( $r=0.271$ ) e competências sociais vs recursos sociais ( $r=0.790$ ), com exceção entre recursos sociais vs estilo estruturado ( $r=0.203$ ) em que a correlação não é significativa.

Tabela 6 – Matriz de Correlação de *Pearson* entre as subescalas da ERA

Subescalas	Perceção do Self	Planeamento do Futuro	Competências Sociais	Coesão Familiar	Recursos Sociais
Planeamento do Futuro	0.737***				
Competências Sociais	0.703***	0.386***			
Coesão Familiar	0.619***	0.271*	0.668***		
Recursos Sociais	0.596***	0.316**	0.790***	0.686***	
Estilo Estruturado	0.552***	0.512***	0.301**	0.298**	0.203ns

### 1.2.2. Escala de Sobrecarga do cuidador

A Escala de sobrecarga do cuidador (ESC) (Sequeira, 2010; Zarit & Zarit, 1983) é constituída por 22 itens e avalia o grau de sobrecarga experimentada pelo cuidador. Cada item é pontuado de forma qualitativa e quantitativa: 1 – nunca; 2 – quase nunca; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; e 5 – quase sempre. Obtendo-se uma pontuação global que varia entre 22 e 110, em que uma pontuação mais elevada corresponde uma maior perceção de sobrecarga, com os seguintes pontos de corte: inferior a 46 – sem sobrecarga; entre 46 e 56 – sobrecarga ligeira; e superior a 56 sobrecarga intensa.

Estudos para a população portuguesa revelam que apresenta uma elevada validade e fiabilidade, com uma boa consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* ( $\alpha=0.93$ ). Os estudos psicométricos da escala sugerem, ainda, uma estrutura de quatro fatores que explicam 62.1% da variância total (Sequeira, 2010) estando os primeiros dois fatores relacionados com a sobrecarga objetiva e os dois últimos com a sobrecarga subjetiva:

- Impacto da Prestação de Cuidados, sobrecarga relacionada com o impacto da prestação de cuidados diretos no contexto do cuidador, destacando-se alterações no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental (itens 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22);
- Relação Interpessoal, sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados, essencialmente associada às dificuldades com a interação (itens 4, 5, 16, 18 e 19);
- Expectativas Face ao Cuidar, relacionado com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades (itens 7, 8, 14 e 15);
- Perceção de autoeficácia, sobre a opinião do cuidador relativamente ao desempenho do seu papel (itens 20 e 21).

A ESC é um instrumento já aferido e validado para a população portuguesa e por esse motivo não efetuámos AFE, mantendo a estrutura fatorial dos autores que a validaram, estudando apenas algumas das propriedades psicométricas (cf. Tabela 7).

Através da avaliação da consistência interna da ESC, verificámos que os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.868 e 0.895, com um *alfa* para o global da escala de 0.883, indicando boa consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 20 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=-0.114$ ), o que indica que deveria ser invertido, e explica 82.2% da variabilidade, para além disso, o item 21 apresenta uma correlação baixa ( $r=0.023$ ), pelo que seria para eliminar, subindo o *alfa de Cronbach* para 0.889. A correlação máxima situa-se no item 17 ( $r=0.749$ ).

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes não se encontram bem centrados, com médias abaixo do esperado (0.250) nos itens 4, 5, 6, 12, 13, 15, 16, 18, 19 20 e 21.

Tabela 7 – Consistência Interna da ESC

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2.552	1.180	0.325	0.694	0.882
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	3.847	0.838	0.379	0.572	0.880
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3.129	1.203	0.548	0.737	0.875
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1.552	0.748	0.354	0.534	0.881
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1.694	0.724	0.549	0.636	0.877
6	Considera que a sua situação actual afecta de uma forma negativa relação com os seus amigos/familiares?	2.305	1.112	0.656	0.763	0.872
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3.776	1.050	0.532	0.654	0.876
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	4.623	0.654	0.336	0.684	0.881
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	2.752	0.924	0.676	0.818	0.873
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	2.764	1.191	0.558	0.842	0.875
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	3.164	1.183	0.705	0.809	0.870
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	2.470	1.385	0.733	0.825	0.868
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1.729	1.137	0.465	0.734	0.878
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3.976	1.353	0.245	0.726	0.886
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2.447	1.267	0.387	0.689	0.881
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	2.270	1.247	0.583	0.730	0.874
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	2.529	1.201	0.749	0.869	0.869
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1.858	1.092	0.740	0.762	0.870
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2.411	1.167	0.508	0.743	0.877
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	2.352	1.161	-0.114	0.822	0.895
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	2.364	0.998	0.023	0.767	0.889
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	3.035	1.085	0.624	0.807	0.873
<b>Coeficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.883</b>				

Na tabela 8 apresentamos os parâmetros de fiabilidade por subescala da ESC. No que respeita ao fator 1, impacto da prestação de cuidados, aferiram-se valores de *alfa de Cronbach* classificados de bons, uma vez que variam entre 0.866 (item 12) e 0.899 (item 1), com um valor global para o total da subescala de 0.885. Salienta-se que o item 17 “Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar?” é o que está mais

correlacionado com o impacto da prestação de cuidados ( $r=0.730$ ) e exprime 66.6% variabilidade em relação aos restantes itens, o que comprova uma boa correlação, sendo o menos correlacionado o item 1 ( $r=0.217$ ), explicando 29.5% da sua variabilidade.

No fator 2, relações interpessoais, obtivemos valores de *alfa de Cronbach*, que variaram entre 0.628 (item 18) e 0.756 (item 4), classificando-se de fracos a razoáveis, com um valor global de 0.742, considerado razoável. Nota-se que o item 18 é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0.670$ ), explicando 45.8% da variabilidade do fator, e o item 4 é o que apresenta menor valor correlacional ( $r=0.311$ ), explicando 11.6% da variabilidade.

Analisando o fator 3, expectativas face ao cuidar, os valores de *alfa de Cronbach*, variaram entre 0.373 (item 14) e 0.476 (item 7), qualificando-se de inadmissíveis, com um valor global de 0.520, também inadmissível. Os resultados com menor expressão foram obtidos no item 7 ( $r=0.276$ ), explicando 11.5% da variabilidade e o item com maior valor correlacional é o 14 ( $r=0.386$ ), exprimindo 31.5% da variabilidade do fator expectativas face ao cuidar.

Em relação ao fator 4, percepção de autoeficácia, os valores de *alfa de Cronbach* não são apresentados porque se trata de um fator constituído por apenas dois itens, necessitando de pelo menos três itens para se poder calcular o valor de *alfa*. Os dois itens estão igualmente correlacionados com os resultados globais deste fator ( $r=0.688$ ), explicando cerca de 48.8% da variabilidade.

Tabela 8 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da ESC

N.º Item	Itens	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Impacto da Prestação de Cuidados</b>		<b>α=0.885</b>		
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0.217	0.295	0.899
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.450	0.313	0.883
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0.541	0.467	0.879
6	Considera que a sua situação actual afecta de uma forma negativa relação com os seus amigos/familiares?	0.724	0.606	0.867
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.706	0.622	0.870
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	0.624	0.636	0.873
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.721	0.646	0.867
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.721	0.656	0.866
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	0.512	0.537	0.880
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0.730	0.666	0.866
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.720	0.708	0.867
<b>Relação Interpessoal</b>		<b>α=0.742</b>		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	0.311	0.116	0.756
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	0.451	0.204	0.721
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0.606	0.400	0.657
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0.670	0.458	0.628
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.532	0.309	0.688
<b>Expectativas Face ao Cuidar</b>		<b>α=0.520</b>		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.276	0.115	0.476
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.344	0.283	0.462
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.386	0.315	0.373
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.301	0.117	0.461
<b>Percepção de Autoeficácia</b>		<b>α=0.817</b>		
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0.699	0.488	-
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0.699	0.488	-

Estudámos a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes, os fatores subjacentes e o total da ESC. Os resultados evidenciam que a grande maioria dos itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme os índices salientados a negrito, sendo esse valor, na maioria dos casos, superior aos restantes (cf. Tabela 9). De salientar que os itens 20 e 21 evidenciam valores correlacionais baixos e não são significativos para o valor total da ESC.

Tabela 9 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da ESC

N.º Item	Itens	Impacto da Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas Face ao Cuidar	Percepção de Autoeficácia	Total
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	<b>0.347**</b>	0.321**	0.510***	-0.145ns	0.405***
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	<b>0.526***</b>	0.184ns	0.143ns	0.045ns	0.433***
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	<b>0.637***</b>	0.596***	0.156ns	-0.024ns	0.611***
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	0.359**	<b>0.494***</b>	0.108ns	0.066ns	0.404***
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	0.518***	<b>0.605***</b>	0.267*	0.154ns	0.587***
6	Considera que a sua situação actual afecta de uma forma negativa relação com os seus amigos/familiares?	<b>0.783***</b>	0.579***	0.339**	-0.277*	0.703***
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.500***	0.469***	<b>0.598***</b>	0.009ns	0.588***
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.341**	0.230*	<b>0.538***</b>	-0.156ns	0.380***
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	<b>0.758***</b>	0.682***	0.317**	-0.258*	0.713***
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	<b>0.706***</b>	0.304**	0.565***	-0.324**	0.620***
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	<b>0.784***</b>	0.610***	0.347**	-0.051ns	0.749***
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	<b>0.794***</b>	0.669***	0.413***	-0.089ns	0.780***
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	<b>0.607***</b>	0.305**	0.315**	-0.118ns	0.532***
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.276*	0.090ns	<b>0.751***</b>	-0.188ns	0.341**
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.299**	0.415***	<b>0.677***</b>	0.069ns	0.468***
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0.446***	<b>0.803***</b>	0.515***	0.127ns	0.644***
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	<b>0.793***</b>	0.600***	0.417***	0.088ns	0.788***
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0.693***	<b>0.821***</b>	0.431***	0.025ns	0.777***
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.505***	<b>0.745***</b>	0.197ns	-0.031ns	0.573***
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	-0.245*	0.041ns	-0.085ns	<b>0.933***</b>	-0.025ns
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	-0.085ns	0.125ns	-0.082ns	<b>0.909***</b>	0.100ns
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	<b>0.778***</b>	0.444***	0.371***	-0.254*	0.674***

Terminámos o estudo de validação com a apresentação da matriz de correlação de *Pearson* entre os diversos fatores da ESC e entre estes e o valor global da escala.

Pelos resultados obtidos (cf. Tabela 10) notámos que a maioria das correlações entre os quatro fatores, são positivas e significativas, oscilando entre relação interpessoal vs expectativas face ao cuidar ( $r=0.452$ ) e impacto da prestação de cuidados vs relação interpessoal ( $r=0.712$ ). Com exceção do fator percepção de autoeficácia, em que as correlações não são significativas com nenhum fator da escala, nem com o total da mesma. As correlações entre os restantes fatores revelam-se positivas e significativas.

Tabela 10 – Matriz de Correlação de *Pearson* entre as subescalas da ESC

Subescalas	Impacto da Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas Face ao Cuidar	Percepção de Autoeficácia
Relação Interpessoal	0.712***			
Expectativas Face ao Cuidar	0.526***	0.452***		
Percepção de Autoeficácia	-0.186ns	0.087ns	-0.091ns	
Total da escala	0.937***	0.853***	0.674***	0.035ns

### 1.2.3. Índice de Esforço do Cuidador

O Índice de Esforço ou Tensão do Cuidador (IEC) (López & Moral, 2005; Robinson, 1983) é um instrumento concebido para medir a carga percebida e subjetiva daqueles que cuidam dos seus familiares. Constituído por 13 questões, em que cada resposta é cotada com um, em caso de resposta afirmativa, ou com zero, em caso de resposta negativa. Pontuações superiores ou iguais a sete sugerem nível elevado de esforço.

A escala apresenta uma consistência interna boa com um *alfa de Cronbach*= 0.86 (Robinson, 1983), originalmente, semelhante aos encontrados numa amostra na Espanha (0.808) (López & Moral, 2005) e numa amostra na Turquia (valores de 0.73 e 0.77, em duas administrações diferentes da escala) (Ugur & Fadiloglu, 2010). A estrutura fatorial encontrada pelos diversos autores varia muito, quer no número de fatores a reter, quer nos itens que os compõem, devido, em grande parte, às diferenças culturais das amostras e das técnicas estatísticas utilizadas, pelo que é, em muitas situações, aplicada como escala unidimensional (Diwan, Hougham, & Sachs, 2004; Robinson, 1983; Ugur & Fadiloglu, 2010).

Realizámos a tradução e a retroversão do IEC por dois tradutores independentes portugueses, fluentes em língua inglesa, com semelhanças de resultado em relação ao original. A versão final foi comparada com uma versão preliminar já utilizada em Portugal sem validação, no projeto “Cuidar de Quem Cuida”, implementado na região Entre Douro e Vouga promovido pelo Castiis - Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguedo (2009-2013) (Alves et al., 2015), sem se encontrarem grandes diferenças.

Neste estudo, procedemos à avaliação da consistência interna do IEC, e numa fase inicial o coeficiente de correlação do item total corrigido levou-nos a inverter o item 3 ( $r=-0.018$ ) e prosseguir com a avaliação.

O IEC apresenta valores de *alfa de Cronbach* que variam entre 0.593 e 0.670, com um *alfa* para o global da escala de 0.653, indicando fraca consistência interna (cf. Tabela 11).

Os itens 3, 4, foram os que apresentaram menor estabilidade ( $r<0.20$ ) o que indica que seriam para eliminar, mas mantivemos, nesta fase e submetemos a AFE. A correlação máxima situa-se no item 6 ( $r=0.541$ ). A percentagem de variância explicada, alcançada através do coeficiente de determinação, indica que o item que apresenta mais variabilidade é o item 11, explicando 53.6% de variabilidade.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes não se encontram bem centrados, variando entre 0.200 e 0.764.

Alisámos as comunalidades de cada variável e verificámos que os valores variam entre 0.549 e 0.787, sendo por isso considerados adequados.

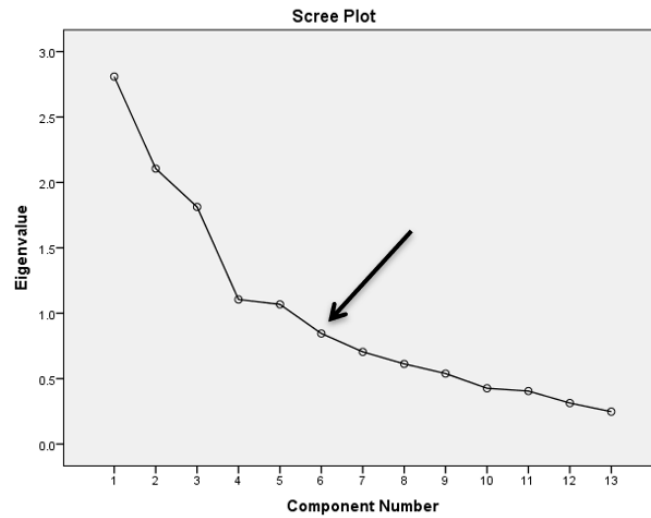
Tabela 11 – Consistência Interna do IEC

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item	h <sup>2</sup>
1	Tem perturbações do sono (por exemplo, porque o paciente se deita e levanta ou passeia pela casa de noite).	0.423	0.497	0.428	0.455	0.609	0.711
2	É um inconveniente (por exemplo, porque a ajuda que presta consome muito tempo ou a viagem é muito demorada).	0.282	0.452	0.314	0.247	0.630	0.750
3	Representa um esforço físico (por exemplo, você tem que senta-lo(a), levanta-lo(a) de um assento).	0.200	0.402	0.018	0.359	0.670	0.787
4	Implica uma restrição (por exemplo, porque a ajuda que presta restringe o tempo livre ou não pode fazer visitas).	0.600	0.492	0.075	0.198	0.668	0.629
5	Houve mudanças na família (por exemplo, porque a ajuda perturbou a rotina ou há falta de privacidade).	0.611	0.490	0.429	0.389	0.609	0.699
6	Houve mudanças nos planos pessoais (por exemplo, teve de recusar um trabalho ou não pôde ir de férias).	0.717	0.452	0.541	0.437	0.593	0.691
7	Houve outras exigências do meu tempo (por exemplo, por parte de outros membros família).	0.541	0.501	0.317	0.422	0.629	0.549
8	Houve mudanças emocionais (por exemplo, devido a fortes discussões).	0.423	0.497	0.244	0.265	0.641	0.604
9	Alguns comportamentos são perturbadores (por exemplo, a incontinência, o paciente tem dificuldade em lembrar-se das coisas ou acusa os outros lhe tirarem as coisas).	0.529	0.502	0.245	0.391	0.641	0.763
10	É perturbador perceber que o paciente mudou muito em comparação com antes (por exemplo, é uma pessoa diferente do que costumava ser).	0.752	0.433	0.259	0.404	0.638	0.669
11	Houve mudanças no trabalho (por exemplo, por causa da necessidade de tempo reservado para a ajuda).	0.482	0.502	0.326	0.536	0.627	0.752
12	É um encargo económico.	0.482	0.502	0.256	0.340	0.639	0.600
13	Tem-se sentido completamente sobrecarregado (por exemplo, com preocupações com a pessoa que cuida ou preocupações sobre como continuar a cuidar).	0.764	0.426	0.248	0.466	0.640	0.697
<b>Coeficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.653</b>					

Passámos de seguida à realização de AFE, para avaliar a validade de construto do IEC. O teste de KMO ao apresentar um valor de 0.603, mostra haver uma correlação medíocre entre as variáveis, mas ainda assim aceitável, permitindo-nos continuar com o processo de validação da escala.

Efetuada a extração dos fatores obtiveram-se cinco fatores, com *eigenvalues* superiores a 1, que no conjunto explicam 68.48% da variância total.

O gráfico de variâncias, designado por *Scree Plot*, aponta para a retenção dessas cinco componentes, onde apresenta maior inclinação da reta, ou seja, retêm-se os fatores até aquele em que o ganho de variância total explicada já não é considerado (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gráfico de variância de *Scree Plot* do IEC

Continuando a análise fatorial verificámos que dois fatores saturavam apenas com dois itens, pelo que procedemos a nova análise fatorial, forçando a três fatores, que explicam 51.76% da variância total.

Verificámos que o item 8 tinha saturações inferiores a 0.4 pelo que era eliminado, verificámos, ainda, que o item 3 saturava em dois itens, sendo um negativo pelo que também era eliminado, ficando um fator apenas com dois itens. Por este motivo, procedemos a nova análise fatorial, forçando a dois fatores, que explicavam 37.18% da variância total, mantendo os itens 3 e 8.

Através da nova análise fatorial verificámos que se mantém a decisão de eliminar os itens 3 e 8, pelo que realizámos nova análise fatorial com estes itens eliminados, que mostra um primeiro fator, constituído pelos itens 2, 5, 7, 11 e 12, e um segundo fator, constituído pelos itens 1, 4, 6, 9, 10 e 13 (cf. Tabela 12), que explicam 43.62% da variância total.

Tabela 12 – Análise fatorial em componentes principais do IEC

N.º Item	Itens	Fatores	
		1	2
11	Houve mudanças no trabalho (por exemplo, por causa da necessidade de tempo reservado para a ajuda).	0.796	
12	É um encargo económico.	0.714	
7	Houve outras exigências do meu tempo (por exemplo, por parte de outros membros família).	0.704	
2	É um inconveniente (por exemplo, porque a ajuda que presta consome muito tempo ou a viagem é muito demorada).	0.502	
5	Houve mudanças na família (por exemplo, porque a ajuda perturbou a rotina ou há falta de privacidade).	0.457	
1	Tem perturbações do sono (por exemplo, porque o paciente se deita e levanta ou passeia pela casa de noite).		0.718
9	Alguns comportamentos são perturbadores (por exemplo, a incontinência, o paciente tem dificuldade em lembrar-se das coisas ou acusa os outros de tirarem as coisas).		0.627
10	É perturbador perceber que o paciente mudou muito em comparação com antes (por exemplo, é uma pessoa diferente do que costumava ser).		0.608
13	Tem-se sentido completamente sobrecarregado (por exemplo, com preocupações com a pessoa que cuida ou preocupações sobre como continuar a cuidar).		0.562
4	Implica uma restrição (por exemplo, porque a ajuda que presta restringe o tempo livre ou não pode fazer visitas).		0.536
6	Houve mudanças nos planos pessoais (por exemplo, teve de recusar um trabalho ou não pôde ir de férias).	0.516	0.524

Como a estrutura fatorial encontrada não é semelhante à estrutura proposta pelos vários autores, decidimos tratar o IEC como uma medida unidimensional.

#### 1.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS) (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004) permite avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stress, em subescalas, segundo o modelo tripartido, em que os constructos são claramente distintos. A ansiedade reflete as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20). A depressão caracteriza-se pela perda de autoestima e de motivação, estando associada à perceção de baixa probabilidade de atingir objetivos de vida significativos para o indivíduo enquanto pessoa (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21). O stress salienta estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18).

A escala é constituída por 21 itens com quatro possibilidades de resposta, tipo *Likert*, que avaliam a presença de sintomas na última semana: 0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes; e 3 – aplicou-se a mim

a maior parte das vezes. Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos sete itens que as compõem, multiplicando por dois (já que a escala originalmente era composta por 42 itens, posteriormente reduzidos para metade), podendo variar entre o mínimo de zero e o máximo de 42, notas mais elevadas refletem estados afetivos mais negativos (Apóstolo, Ventura, Caetano, & Costa, 2008; Lovibond & Lovibond, 1995) (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Severidade dos estados de Ansiedade, Depressão e Stress

Variável	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente Severo
<b>Ansiedade</b>	0 a 7	8 a 9	10 a 14	15 a 19	Superior ou igual a 20
<b>Depressão</b>	0 a 9	10 a 13	14 a 20	21 a 27	Superior ou igual a 28
<b>Stress</b>	0 a 14	15 a 18	19 a 25	26 a 33	Superior ou igual a 34

Estudos preliminares, para a população portuguesa, revelam um *alfa de Cronbach* de 0.74 para a subescala de ansiedade, 0.85 para a subescala de depressão e 0.81 para a subescala de stress (Pais-Ribeiro et al., 2004), o que mostra uma boa consistência interna corroborada por estudos posteriores (Apóstolo et al., 2008; Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

No nosso estudo, para efeitos de tratamento estatístico, as variáveis foram recodificadas em: normal; e com ansiedade, com depressão e com stress (estas englobando os estados leve, moderado, severo e extremamente severo).

A EADS é um instrumento já aferido e validado para a população portuguesa e por esse motivo não efetuámos uma análise fatorial, mantendo a estrutura fatorial dos autores que a validaram, estudando apenas algumas das propriedades psicométricas (cf. Tabela 13).

Através da avaliação da consistência interna da EADS, verificámos que os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.941 e 0.949, com um *alfa* para o global da escala de 0.946, indicando muito boa consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 4 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=0.308$ ) e que a correlação máxima se situa no item 16 ( $r=0.849$ ).

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes não se encontram bem centrados, variando entre 0.258 e 1.470, encontrando-se abaixo da média esperada.

Tabela 13 – Consistência Interna da EADS

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	α sem item
1	Tive dificuldades em me calmar.	1.011	0.969	0.657	0.944
2	Senti a minha boca seca.	0.600	0.804	0.387	0.947
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0.764	0.959	0.326	0.949
4	Senti dificuldades em respirar.	0.258	0.440	0.308	0.947
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0.894	0.886	0.544	0.945
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	1.023	0.844	0.577	0.945
7	Senti tremores (por ex., nas mãos).	0.635	0.884	0.775	0.942
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	1.094	0.920	0.794	0.941
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0.576	0.917	0.755	0.942
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0.682	0.928	0.738	0.942
11	Dei por mim a ficar agitado.	0.964	0.865	0.633	0.944
12	Senti dificuldade em me relaxar.	1.082	1.002	0.813	0.941
13	Senti-me desanimado e melancólico.	1.235	1.108	0.665	0.944
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0.835	0.857	0.567	0.945
15	Senti-me quase a entrar em pânico.	0.658	0.838	0.775	0.942
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0.717	0.907	0.849	0.941
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0.600	0.978	0.691	0.943
18	Senti que por vezes estava sensível.	1.470	0.839	0.686	0.943
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0.741	0.861	0.637	0.944
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0.470	0.749	0.822	0.942
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0.376	0.858	0.768	0.942
<b>Coefficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.946</b>			

Na tabela 14 apresentamos os parâmetros de fiabilidade por subescala da EADS. No que respeita à subescala ansiedade, aferiram-se valores de *alfa de Cronbach* classificados de bons, uma vez que variam entre 0.805 (item 20) e 0.875 (item 2), com um valor global para o total da subescala de 0.852. Saliencia-se que o item 20 “Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso” é o que está mais correlacionado com a ansiedade ( $r=0.802$ ) e exprime 76.0% variabilidade em relação aos restantes itens, o que comprova uma boa correlação, sendo o menos correlacionado o item 4 ( $r=0.296$ ), explicando 54.6% da sua variabilidade.

Na subescala depressão, obtivemos valores de *alfa de Cronbach*, que variaram entre 0.829 (item 16) e 0.884 (item 3), classificando-se de bons, com um valor global de 0.865, também considerado bom. Nota-se que o item 16 é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0.766$ ), explicando 64.3% da variabilidade da subescala, e o item 3 é o que apresenta menor valor correlacional ( $r=0.348$ ), explicando 32.5% da variabilidade.

Analisando a subescala stress, os valores de *alfa de Cronbach*, variaram entre 0.854 (item 8) e 0.887 (item 6 e item 14), qualificando-se de bons, com um valor global de 0.885, também bom. Os resultados com menor expressão foram obtidos no item 6 ( $r=0.513$ ), explicando 36.8% da variabilidade e o item com maior valor correlacional é o 8 ( $r=0.792$ ), exprimindo 72.6% da variabilidade da subescala stress.

Tabela 14 – Consistência interna e correlação por item das subescalas da EADS

N.º Item	Itens	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Ansiedade</b>		<b>α=0.852</b>		
2	Senti a minha boca seca.	0.301	0.212	0.875
4	Senti dificuldades em respirar.	0.296	0.546	0.866
7	Senti tremores (por ex., nas mãos).	0.688	0.707	0.820
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0.745	0.850	0.811
15	Senti-me quase a entrar em pânico.	0.770	0.807	0.807
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0.704	0.727	0.818
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0.802	0.760	0.805
<b>Depressão</b>		<b>α=0.865</b>		
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0.348	0.325	0.884
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0.626	0.505	0.848
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0.717	0.715	0.836
13	Senti-me desanimado e melancólico.	0.628	0.473	0.849
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0.766	0.643	0.829
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0.742	0.638	0.831
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0.681	0.706	0.841
<b>Stress</b>		<b>α=0.885</b>		
1	Tive dificuldades em me calmar.	0.738	0.624	0.860
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0.513	0.368	0.887
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0.792	0.726	0.854
11	Dei por mim a ficar agitado.	0.727	0.638	0.862
12	Senti dificuldade em me relaxar.	0.752	0.690	0.859
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0.520	0.292	0.887
18	Senti que por vezes estava sensível.	0.691	0.561	0.867

Estudámos a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes e os fatores subjacentes da EADS. Os resultados evidenciam que os itens são todos significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas

a que pertencem, conforme os índices salientados a negrito, sendo esse valor superior aos restantes (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores da EADS

N.º Item	Itens	Ansiedade	Depressão	Stress
1	Tive dificuldades em me calmar.	0.564***	0.550***	<b>0.822***</b>
2	Senti a minha boca seca.	<b>0.476***</b>	0.458***	0.303**
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0.328**	<b>0.513***</b>	0.242*
4	Senti dificuldades em respirar.	<b>0.393***</b>	0.257*	0.308**
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0.522***	<b>0.729***</b>	0.391***
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0.512***	0.571***	<b>0.635***</b>
7	Senti tremores (por ex., nas mãos).	<b>0.793***</b>	0.785***	0.665***
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0.757***	0.674***	<b>0.857***</b>
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	<b>0.837***</b>	0.639***	0.732***
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0.671***	<b>0.802***</b>	0.665***
11	Dei por mim a ficar agitado.	0.651***	0.428***	<b>0.805***</b>
12	Senti dificuldade em me relaxar.	0.753***	0.747***	<b>0.835***</b>
13	Senti-me desanimado e melancólico.	0.630***	<b>0.754***</b>	0.593***
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0.549***	0.511***	<b>0.643***</b>
15	Senti-me quase a entrar em pânico.	<b>0.847***</b>	0.625***	0.780***
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0.749***	<b>0.837***</b>	0.827***
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0.615***	<b>0.825***</b>	0.582***
18	Senti que por vezes estava sensível.	0.617***	0.608***	<b>0.776***</b>
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	<b>0.803***</b>	0.542***	0.571***
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	<b>0.863***</b>	0.755***	0.741***
21	Senti que a vida não tinha sentido.	0.755***	<b>0.769***</b>	0.695***

Terminámos o estudo de validação com a apresentação da matriz de correlação de *Pearson* entre as três subescalas da EADS. Pelos resultados obtidos (cf. Tabela 16) notámos que as correlações entre as três subescalas, são positivas e significativas, oscilando entre depressão vs stress ( $r=0.762$ ) e ansiedade vs stress ( $r=0.820$ ).

Tabela 16 – Matriz de Correlação de *Pearson* entre as subescalas da EADS

Subescalas	Ansiedade	Depressão
Depressão	0.815***	
Stress	0.820***	0.762***

### 1.2.5. Questionário de Apoio Social Funcional

O Questionário de Apoio Social Funcional *Duke-University of North Carolina - Duke-UNC-11* (Duke) (Broadhead et al., 1988; Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; Saameño et al., 1996) avalia a satisfação de uma pessoa relativamente a aspetos funcionais e afetivos do apoio social percebido e tem a vantagem de ser multidimensional, simples, breve, e ter um *alfa de Cronbach* de 0.90 (Saameño et al., 1996).

Este questionário é destinado ao uso clínico, em cuidados de saúde primários, para avaliação familiar e identificação de pessoas em risco de isolamento e é aplicado em investigação para analisar as interações entre o apoio social e outros determinantes de saúde. Engloba os aspetos qualitativos, ou funcionais, do apoio social como as relações com os confidentes (um relacionamento em que as preocupações importantes com a vida podem ser discutidas, podendo contar com pessoas para as partilhar) e o apoio afetivo (uma forma emocional de cuidar, definido como possibilidade de expressar simpatia ou pertença a um grupo) (Broadhead et al., 1988).

Os autores originais encontraram dois fatores, o apoio de confidente (itens 6, 7, 8, 9 e 10) e o apoio afetivo (itens 4, 5 e 11), sendo que os itens 1, 2 e 3 são distintos e permaneceram isolados (Broadhead et al., 1988). Esta estrutura fatorial é semelhante à encontrada por Saameño et al. (1996), contudo estes autores incluem o item 1 e 2 no apoio de confidente e o item 3 no apoio afetivo. Existem, no entanto, outros autores que apontam para um estrutura fatorial com ligeiras diferenças nos itens agrupados, mantendo a estrutura de dois fatores (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito, & Lluís, 2013).

O questionário é constituído por 11 itens e uma escala de resposta tipo *Likert* que admite possibilidades de resposta de um a cinco sendo: 1 – muito menos do que desejo; 2 – menos do que desejo; 3 – nem muito nem pouco; 4 – quase como desejo e 5 – tanto como desejo. A pontuação total pode variar entre 11 e 55, a que uma menor pontuação corresponde menor apoio percebido, sendo admitido o ponto de corte 32, em que pontuações iguais ou superiores a 32 indicam apoio normal e pontuações inferiores indicam apoio baixo.

Realizámos a tradução e a retroversão do Duke por dois tradutores independentes portugueses, fluentes em língua inglesa, com semelhanças de resultado em relação ao original. A versão final foi comparada com algumas versões preliminares já utilizadas em Portugal, sem validação, sem se encontrarem grandes diferenças.

Neste estudo, procedemos à avaliação da consistência interna do Duke, analisando as medidas de tendência central (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global (cf. Tabela 17).

Os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.817 e 0.853, com um *alfa* para o global da escala de 0.847, indicando boa consistência interna. O coeficiente de bipartição obtido pelo método das metades, revela que ambas as partes apresentam valores inferiores de *alfa* em relação à globalidade da escala ( $r=0.847$ ), e os valores de *alfa de Cronbach* para a segunda metade são mais baixos ( $r=0.744$ ), do que os valores de *alfa de Cronbach* para a primeira metade ( $r=0.779$ ), mas ainda assim revelando razoável consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 2 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=0.313$ ) e a correlação máxima situa-se no item 1 ( $r=0.712$ ), que explica 68.1% de variabilidade. A percentagem de variância explicada, alcançada através do coeficiente de determinação, indica, ainda, que o item 6 apresenta maior valor, explicando 78.1% de variabilidade.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, variando entre 2.917 e 4.129.

Alisámos as comunalidades de cada variável e verificámos que os valores variam entre 0.417 e 0.861, sendo por isso considerados adequados.

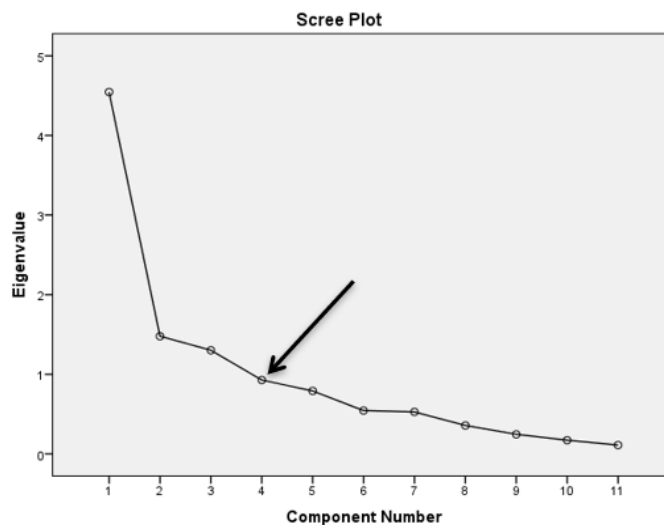
Tabela 17 – Consistência Interna do Duke

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item	h <sup>2</sup>
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	3.247	1.361	0.712	0.681	0.817	0.700
2	Recebo apoio em questões relacionadas com a minha casa	2.917	1.320	0.313	0.361	0.853	0.572
3	Recebo elogios e reconhecimento, quando faço bem o meu trabalho	3.423	1.330	0.494	0.545	0.838	0.702
4	Conto com as pessoas que se preocupam com o que me acontece	4.117	0.836	0.618	0.477	0.831	0.562
5	Recebo amor e afeto	4.129	1.289	0.586	0.661	0.829	0.638
6	No trabalho ou em casa tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas	3.870	1.142	0.578	0.781	0.830	0.861
7	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas pessoais e familiares	4.058	0.992	0.554	0.729	0.833	0.764
8	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas económicos	3.823	1.166	0.495	0.556	0.837	0.670
9	Recebo convites para me distrair e sair com outras pessoas	3.211	1.186	0.527	0.557	0.834	0.417
10	Recebo conselhos úteis quando ocorre algum acontecimento importante na minha vida	3.835	0.936	0.533	0.569	0.835	0.731
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama	3.858	1.328	0.521	0.620	0.835	0.708
<b>Coefficiente de bipartição</b>		<b>Primeira metade = 0.779 Segunda metade = 0.744</b>					
<b>Coefficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.847</b>					

Passámos de seguida à realização de AFE, para avaliar a validade de construto do Duke. O teste de KMO ao apresentar um valor de 0.683, mostra haver uma correlação medíocre entre as variáveis, mas ainda assim aceitável, permitindo-nos continuar com o processo de validação da escala.

Efetuada a extração dos fatores obtiveram-se três fatores, com *eigenvalues* superiores a 1, que no conjunto explicavam 66.59% da variância total.

O gráfico de variâncias, designado por *Scree Plot*, aponta para a retenção dessas três componentes, onde apresenta maior inclinação da reta, ou seja, retêm-se os fatores até aquele em que o ganho de variância total explicada já não é considerado (cf. Gráfico 2).

Gráfico 2 – Gráfico de variância de *Scree Plot* do Duke

Devido ao facto de o autor original, bem como outros autores que validaram a escala, afirmarem a existência de apenas dois fatores, procedemos a nova análise fatorial, forçando a dois fatores, que explicam 54.76% da variância total.

Através da nova análise fatorial verificámos que os itens se mantêm isolados num primeiro fator, constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5 e 9, e um segundo fator, constituído pelos itens 6, 7, 8, 10 e 11 (cf. Tabela 18). Esta estrutura encontrada é similar à do autor original, sendo que o item 9 permutou com o item 11 e foram introduzidos os itens 1, 2 e 3 que o autor manteve isolados.

Tabela 18 – Análise fatorial em componentes principais do Duke

N.º Item	Itens	Fatores	
		1	2
5	Recebo amor e afeto	0.774	
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	0.770	
2	Recebo apoio em questões relacionadas com a minha casa	0.720	
4	Conto com as pessoas que se preocupam com o que me acontece	0.676	
9	Recebo convites para me distrair e sair com outras pessoas	0.514	
3	Recebo elogios e reconhecimento, quando faço bem o meu trabalho	0.499	
8	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas económicos		0.815
10	Recebo conselhos úteis quando ocorre algum acontecimento importante na minha vida		0.785
7	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas pessoais e familiares		0.768
6	No trabalho ou em casa tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas		0.614
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama		0.505

Submetemos esta estrutura bifatorial a AFC, analisando as correlações e os coeficientes da estrutura fatorial da escala (cf. Figura 2). O modelo revelou uma qualidade de ajustamento inadequada ao apresentar valores de  $X^2/df=4.675$ ;  $CFI=0.633$ ;  $GFI=0.739$ ;  $RMSEA=0.209$  e  $RMR=0.166$ . Os valores de RMSE e RMR encontram-se muito altos, o que pode ser motivado pelo reduzido tamanho da amostra.

Observámos que os coeficientes standardizados oscilam entre 0.47 nos itens 2 e 11 e 0.83 no item 7 (cf. Figura 2). Por apresentarem valores inferiores a 0.50 os itens 2 e 11 deveriam ser retirados.

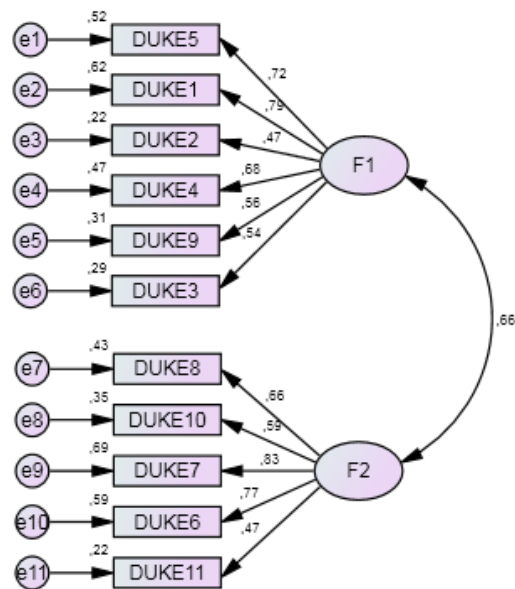


Figura 2 – Análise fatorial confirmatória do Duke

Analisámos os índices de modificação para ver se era possível melhorar o ajustamento do modelo e foi eliminado o item 11 por apresentar problemas de multicolinearidade.

Assim, depois da remoção do item 11 refizemos o modelo e obtivemos o modelo da figura 3. O modelo 2 apresenta uma qualidade de ajustamento ligeiramente melhor que o anterior, mas ainda inadequada ( $X^2/df=3.990$ ;  $CFI=0.718$ ;  $GFI=0.791$ ;  $RMSEA=0.189$  e  $RMR=0.130$ ).

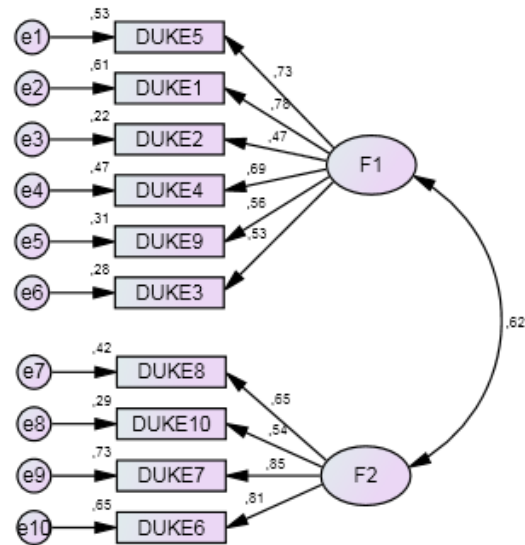


Figura 3 –Modelo 2 do Duke

Como a amostra é pequena, este modelo 2 carece de estudos mais profundos com amostras mais alargadas, com um mínimo de 200 participantes. Por esse motivo, para o nosso estudo iremos usar o primeiro modelo, sem eliminar o item 11. Deste modo, os fatores verificados através da análise fatorial, que vamos utilizar no nosso estudo, são, um fator, designado de “apoio afetivo”, que é constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5 e 9, e o outro fator, designado de “apoio de confidente”, que é constituído pelos itens 6, 7, 8, 10 e 11.

Na tabela 19 apresentamos os parâmetros de fiabilidade por subescala do Duke. No que respeita ao apoio afetivo, aferiram-se valores de *alfa de Cronbach* classificados de razoáveis, uma vez que variam entre 0.713 (item 1) e 0.781 (item 2), com um valor global para o total da subescala de 0.787. O coeficiente de bipartição obtido pelo método das metades, revela que ambas as partes apresentam consistência semelhante, embora classificada de inadmissível. Salienta-se que o item 1 “Recebo visitas dos meus amigos e familiares” é o que está mais correlacionado com o apoio afetivo ( $r=0.690$ ) e exprime 48.0% variabilidade em relação aos restantes itens, sendo o menos correlacionado o item 2 ( $r=0.434$ ), explicando 24.5% da sua variabilidade.

Na subescala apoio de confidente, obtivemos valores de *alfa de Cronbach*, que variaram entre 0.705 (item 7) e 0.801 (item 11), classificando-se de razoáveis a bons, com um valor global de 0.784, considerado razoável. O coeficiente de bipartição obtido pelo método das metades, revela que ambas as partes apresentam consistência semelhante, também classificadas de razoáveis. Nota-se que o item 7 é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0.697$ ), explicando 60.3% da variabilidade do fator, o que comprova uma boa correlação, e

o item 11 é o que apresenta menor valor correlacional ( $r=0.423$ ), explicando 35.5% da variabilidade.

Tabela 19 – Consistência interna e correlação por item das subescalas do Duke

N.º Item	Itens	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Apoio Afetivo</b>		<b>α=0.787</b> <b>Primeira metade = 0,627</b> <b>Segunda metade = 0,654</b>		
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	0.690	0.480	0.713
2	Recebo apoio em questões relacionadas com a minha casa	0.434	0.245	0.781
3	Recebo elogios e reconhecimento, quando faço bem o meu trabalho	0.472	0.278	0.772
4	Conto com as pessoas que se preocupam com o que me acontece	0.581	0.412	0.756
5	Recebo amor e afeto	0.608	0.482	0.736
9	Recebo convites para me distrair e sair com outras pessoas	0.500	0.283	0.763
<b>Apoio de Confidente</b>		<b>α=0.784</b> <b>Primeira metade = 0,797</b> <b>Segunda metade = 0,709</b>		
6	No trabalho ou em casa tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas	0.530	0.512	0.754
7	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas pessoais e familiares	0.697	0.603	0.705
8	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas económicos	0.586	0.412	0.735
10	Recebo conselhos úteis quando ocorre algum acontecimento importante na minha vida	0.640	0.487	0.726
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama	0.423	0.352	0.801

Estudámos a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes, os fatores subjacentes e o valor global do Duke. Os resultados evidenciam que todos os itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme os índices salientados a negrito, sendo esse valor superior aos restantes (cf. Tabela 20). De salientar que os itens são significativos e têm valores correlacionais também elevados com o total da escala.

Tabela 20 – Validade convergente/divergente dos itens com os fatores do Duke

N.º Item	Itens	Apoio Afetivo	Apoio de Confidente	Total
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	<b>0.816***</b>	0.550***	0.789***
2	Recebo apoio em questões relacionadas com a minha casa	<b>0.631***</b>	0.117ns	0.455***
3	Recebo elogios e reconhecimento, quando faço bem o meu trabalho	<b>0.660***</b>	0.392***	0.612***
4	Conto com as pessoas que se preocupam com o que me acontece	<b>0.683***</b>	0.497***	0.679***
5	Recebo amor e afeto	<b>0.754***</b>	0.420***	0.685***
6	No trabalho ou em casa tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas	0.491***	<b>0.715***</b>	0.667***
7	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas pessoais e familiares	0.363***	<b>0.811***</b>	0.635***
8	Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas económicos	0.348**	<b>0.756***</b>	0.598***
9	Recebo convites para me distrair e sair com outras pessoas	<b>0.663***</b>	0.420***	0.627***
10	Recebo conselhos úteis quando ocorre algum acontecimento importante na minha vida	0.364**	<b>0.765***</b>	0.613***
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama	0.474***	<b>0.670***</b>	0.634***

Terminámos o estudo de validação com a apresentação da matriz de correlação de *Pearson* entre as duas subescalas do Duke e entre estas e o total da escala. Pelos resultados obtidos (cf. Tabela 21) notámos que a correlação entre as duas subescalas, é positiva e significativa ( $r=0.559$ ) e assim como entre as subescalas, apoio de confidente e apoio afetivo, e o total do Duke ( $r=0.853$  e  $r=0.909$ , respetivamente).

Tabela 21 – Matriz de Correlação de *Pearson* entre as subescalas do Duke

Subescalas	Apoio Afetivo	Apoio de Confidente
Apoio de Confidente	0.559***	
Total da escala	0.909***	0.853***

### 1.2.6. Índice de *Barthel*, Modificação de Granger

O Índice de *Barthel*, Modificação de Granger, et al. (1979) avalia o nível de capacidade funcional para a realização de atividades básicas de vida diária (autocuidado e mobilidade). Neste estudo utilizámos a versão de 15 itens proposta por Granger et al (1979), que contempla dois índices diferentes: o índice de autocuidado (pontuação máxima de 53 pontos) e o índice de mobilidade (pontuação máxima de 47 pontos).

Cada item é avaliado em três níveis: se a pessoa pode executar a tarefa de forma independente; com alguma ajuda ou depende de ajuda. A classificação de cada atividade depende da quantidade de ajuda que a pessoa necessita e do tempo que esta implicará. As pontuações de cada item são todas diferentes e são somadas para formar uma classificação total que varia de zero a 100, em que maiores pontuações indicam maior independência (a pontuação mínima, de zero, corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima, de 100, equivale a independência total para as mesmas atividades avaliadas). Em termos de ponto de corte entre independência/dependência os autores referem o valor 60, parecendo ser a proposta consensual mesmo em estudos mais recentes (Granger et al., 1979). A interpretação dos valores globais é igual à do *Barthel* original: 0 a 20 – dependência total; 21 a 60 – dependência severa; 61 a 90 – dependência moderada; 91 a 99 – dependência escassa; 100 – independência.

Em termos de fiabilidade teste-reteste revela-se um valor de 0.89, e a concordância inter-observador ultrapassa o valor de 0.95 (Granger et al., 1979). Shinar et al. (1987) obtiveram uma concordância inter-observador de 0.99, e um *alfa de Cronbach* de 0.98.

Em Portugal também se verifica um nível de fidelidade elevado, com um *alfa de Cronbach* de 0.96, e apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r=0.66$  e  $r=0.93$  (Araújo et al., 2007) e num estudo mais recente apresentando um *alfa de Cronbach* total de 0.89 (Sequeira, 2010).

Embora o Índice de *Barthel* seja uma medida unidimensional, Caneda, Fernandes, Almeida, e Mugnol (2006) estratificaram-na em dois grupos (autocuidado e mobilidade), à semelhança da versão utilizada para o nosso estudo, tendo verificado que a escala apresenta uma ótima fidelidade.

No nosso estudo, para efeitos de tratamento estatístico, as variáveis foram recodificadas em: dependência total – pontuações de zero a 20; dependência severa – pontuações de 21 a 60; e dependência moderada/escassa – pontuações de 61 a 99.

O Índice de *Barthel* é um instrumento já aferido e validado para a população portuguesa e por esse motivo não efetuámos uma análise fatorial, mantendo a estrutura fatorial dos autores que a validaram, estudando apenas a consistência interna (cf. Tabela 22).

Através da avaliação da consistência interna do Índice de *Barthel*, verificámos que os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.864 e 0.895, com um *alfa* para o global da escala de 0.888, indicando boa consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 5 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=-0.087$ ), o que indica que deveria ser invertido. A correlação máxima situa-se no item 11 ( $r=0.928$ ), que explica 98.8% de variabilidade. O item 15 apresentava variância zero pelo que foi eliminado da escala. A percentagem de variância explicada, alcançada através do coeficiente de determinação, indica, ainda, que os itens 10 e 11 apresentam maior valor, explicando 98.8% de variabilidade.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes não se encontram bem centrados, encontrando-se abaixo da média esperada para cada item.

Tabela 22 – Consistência Interna do Índice de *Barthel*

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Beber de um copo	1.976	2.011	0.507	0.642	0.884
2	Comer	2.117	2.884	0.497	0.621	0.884
3	Vestir-se da cintura para cima	1.894	1.915	0.804	0.878	0.876
4	Vestir-se da cintura para baixo	1.811	2.347	0.737	0.868	0.876
5	Colocar cinto ou suspensórios	-0.305	0.724	-0.087	0.313	0.895
6	Higiene pessoal	0.411	1.382	0.434	0.472	0.888
7	Lavar-se ou tomar banho	0.070	0.650	0.211	0.315	0.892
8	Controlar a urina	3.294	3.822	0.705	0.762	0.873
9	Controlar as fezes	4.176	4.143	0.735	0.803	0.872
10	Sentar-se e levantar-se da cadeira	4.988	5.989	0.910	0.988	0.864
11	Sentar-se e levantar-se da sanita	2.082	2.450	0.928	0.988	0.868
12	Entrar e sair do chuveiro	0.082	0.276	0.464	0.439	0.892
13	Caminhar 50 metros sem desnível	4.764	6.070	0.717	0.900	0.882
14	Subir e descer um lance de escadas	1.823	2.972	0.792	0.824	0.871
<b>Coefficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.888</b>				

### 1.2.7. Teste do Informador – *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly Short Form*

O Teste do informador - *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly Short (IQCODE) Short Form* (Jorm, 1994) é um instrumento utilizado para avaliar deterioração cognitiva, podendo ser usado em pessoas/informantes com níveis mais baixos de escolaridade e de diversas idades.

O IQCODE é constituído por 16 itens cujas respostas variam, numa escala tipo *Likert*, entre um e cinco: 1 – muito melhor; 2 – um pouco melhor; 3 – pouca mudança; 4 – um pouco pior e 5 – muito pior. As questões referem-se a mudanças de desempenho ao longo dos últimos 10 anos, percebidas pela pessoa que responde ao questionário, designada de informador, sobre a pessoa que está sob avaliação, ou seja, alguém próximo que conviva há pelo menos 10 anos com a pessoa. Os pontos de corte a utilizar não são consensuais, variando entre 3.27 e 4.00, pontuações elevadas indicam maior declínio (Harrison et al., 2015; Jorm, 2004): inferior a 3 – melhoria, 3 – nenhuma mudança; entre 3.01 e 3.50 – pouca mudança; entre 3.51 e 4.00 – declínio moderado; e entre 4.01 a 5.00 declínio severo.

O instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* que varia entre 0.93 e 0.97. Através de análise fatorial é possível encontrar um fator geral que explica entre 42% e 61% da variância, e fatores com valores muito menores de variância (entre 7% a 10%), o que demonstra que o IQCODE mede um fator geral de declínio cognitivo (Jorm, 2004).

No nosso estudo, para efeitos de tratamento estatístico, as variáveis foram recodificadas em: pouca mudança – pontuações inferiores a quatro; declínio – pontuações superiores ou iguais a 4.

Realizámos a tradução e a retroversão do IQCODE por dois tradutores independentes portugueses, fluentes em língua inglesa, com semelhanças de resultado em relação ao original. A versão final foi também comparada com uma versão portuguesa disponível na página da internet da *Research School of Population Health da Australian National University* e uma versão preliminar já utilizada em Portugal, no “Projeto Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga, sem se encontrarem grandes diferenças.

Neste estudo, procedemos à avaliação da consistência interna do IQCODE, analisando as medidas de tendência central (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global (cf. Tabela 23).

Os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.960 e 0.964, com um *alfa* para o global da escala de 0.964, indicando muito boa consistência interna. O coeficiente de bipartição ou método das metades revela que a primeira metade tem valores de *alfa* mais elevados em relação à segunda, ambos inferiores aos da globalidade da escala, mas ainda assim indicam muito boa consistência interna.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 15 foi o que apresentou menos estabilidade ( $r=0.681$ ) e a correlação máxima situa-se no item 6 ( $r=0.923$ ). O coeficiente de determinação ( $r^2$ ) não foi calculado porque os valores de *alfa* são superiores a 0.950, indicando possíveis problemas de multicolinearidade, ou seja, todos os sujeitos responderam de forma semelhante, sem grande variância de respostas.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, variando entre 4.117 e 4.635.

Alisámos as comunalidades de cada variável e verificámos que os valores variam entre 0.578 e 0.917, sendo por isso considerados adequados.

Tabela 23 – Consistência Interna do IQCODE

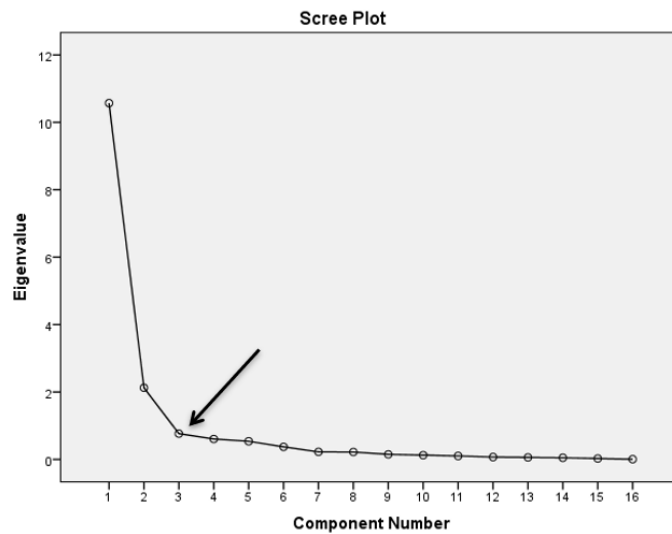
N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	$\alpha$ sem item	$h^2$
1	Lembrar-se de coisas sobre os familiares e amigos (por exemplo, profissões, aniversários e moradas).	4.141	0.914	0.741	0.963	0.752
2	Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo.	4.188	0.893	0.827	0.961	0.845
3	Lembrar-se de conversas dos últimos dias.	4.211	0.977	0.835	0.961	0.863
4	Lembrar-se da sua própria morada e número de telefone.	4.117	0.992	0.793	0.962	0.818
5	Lembrar-se em que dia e mês estamos.	4.270	0.968	0.862	0.961	0.868
6	Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente.	4.305	0.859	0.923	0.960	0.910
7	Lembrar-se onde encontrar coisas que foram guardadas num lugar diferente do costume.	4.447	0.823	0.823	0.961	0.783
8	Saber usar aparelhos domésticos que já conhece.	4.352	0.934	0.791	0.962	0.821
9	Aprender a usar um aparelho doméstico novo.	4.635	0.669	0.686	0.964	0.611
10	Aprender novas coisas em geral.	4.458	0.716	0.801	0.962	0.737
11	Acompanhar uma história num livro ou na televisão.	4.352	0.909	0.709	0.963	0.578
12	Tomar decisões em questões do dia-a-dia.	4.529	0.780	0.782	0.962	0.832
13	Lidar com dinheiro para fazer compras.	4.552	0.794	0.771	0.962	0.910
14	Lidar com as suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco.	4.564	0.778	0.774	0.962	0.917
15	Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo decorreu entre as visitas de familiares ou amigos.	4.552	0.763	0.681	0.964	0.748
16	Compreender o que se passa à sua volta e raciocinar sobre as coisas.	4.200	0.997	0.712	0.964	0.704
<b>Coefficiente de bipartição</b>		<b>Primeira metade = 0.960 Segunda metade = 0.928</b>				
<b>Coefficiente <i>alfa</i> de Cronbach global</b>		<b>0.964</b>				

Passámos de seguida à realização de AFE, para avaliar a validade de construto do IQCODE. O teste de KMO ao apresentar um valor de 0.858, mostra haver uma correlação boa entre as variáveis, permitindo-nos continuar com o processo de validação da escala.

Efetuada a extração dos fatores obtiveram-se dois fatores, com *eigenvalues* superiores a 1, que no conjunto explicam 79.35% da variância total.

O gráfico de variâncias, designado por *Scree Plot*, aponta para a retenção dessas duas componentes, onde apresenta maior inclinação da reta, ou seja, retêm-se os fatores até aquele em que o ganho de variância total explicada já não é considerado (cf. Gráfico 3).

Gráfico 3 – Gráfico de variância de *Scree Plot* do IQCODE



Através desta análise fatorial verificámos, assim, um primeiro fator, constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 16, e um segundo fator, constituído pelos itens 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Análise fatorial em componentes principais do IQCODE

N.º Item	Itens	Fatores	
		1	2
3	Lembrar-se de conversas dos últimos dias.	0.875	
2	Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo.	0.866	
4	Lembrar-se da sua própria morada e número de telefone.	0.863	
5	Lembrar-se em que dia e mês estamos.	0.856	
1	Lembrar-se de coisas sobre os familiares e amigos (por exemplo, profissões, aniversários e moradas).	0.835	
6	Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente.	0.820	
16	Compreender o que se passa à sua volta e raciocinar sobre as coisas.	0.809	
7	Lembrar-se onde encontrar coisas que foram guardadas num lugar diferente do costume.	0.796	
14	Lidar com as suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco.		0.924
13	Lidar com dinheiro para fazer compras.		0.921
12	Tomar decisões em questões do dia-a-dia.		0.855
15	Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo decorreu entre as visitas de familiares ou amigos.		0.840
8	Saber usar aparelhos domésticos que já conhece.		0.833
10	Aprender novas coisas em geral.		0.725
9	Aprender a usar um aparelho doméstico novo.		0.707
11	Acompanhar uma história num livro ou na televisão.		0.609

Submetemos esta estrutura bifatorial a AFC, analisando as correlações e os coeficientes da estrutura fatorial da escala (cf. Figura 4). O modelo revelou uma qualidade de ajustamento inadequada ao apresentar valores de  $X^2/df=3.854$ ;  $CFI=0.865$ ;  $GFI=0.695$ ;  $RMSEA=0.184$  e  $RMR=0.081$ .

Observámos que os coeficientes standardizados oscilam entre 0.58 no item 9 e 1.00 no item 14 (cf. Figura 4). Analisámos os índices de modificação para ver se era possível melhorar o ajustamento do modelo e os itens 1 e 11 seriam itens para eliminar por apresentarem problemas de multicolinearidade.

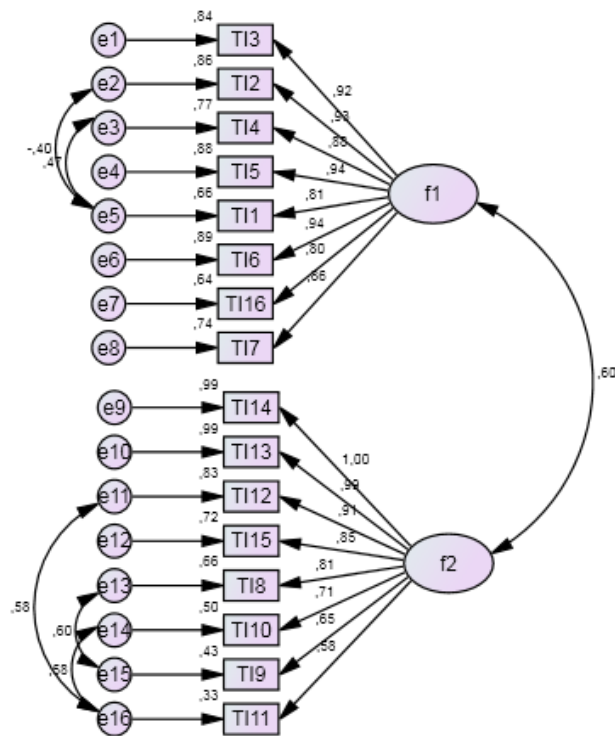


Figura 4 – Análise fatorial confirmatória do IQCODE

Após esta primeira fase da análise fatorial foi contactado o Professor Anthony Jorm, autor original da escala, via *e-mail*, para confirmar se estes dois fatores se aproximavam aos conceitos base utilizados aquando da criação da escala, em que os itens foram elaborados para tentar abranger memória e inteligência. Em resposta o autor indicou que, baseado nas suas análises, a abordagem multifatorial não se confirmou e foi abandonada em favor de uma abordagem unidimensional, confirmando o que tínhamos verificado na pesquisa já efetuada (Jorm, 2004).

Prosseguimos, deste modo, a AFC forçada a um fator. O modelo revelou uma qualidade de ajustamento inadequada ao apresentar valores de  $X^2/df=9.877$ ;  $CFI=0.554$ ;  $GFI=0.387$ ;  $RMSEA=0.325$  e  $RMR=0.088$ .

Observámos que os coeficientes standardizados oscilam entre 0.62 no item 13 e 0.96 no item 6 (cf. Figura 5), sendo todas as saturações superiores a 0.50, o que indica boa consistência.

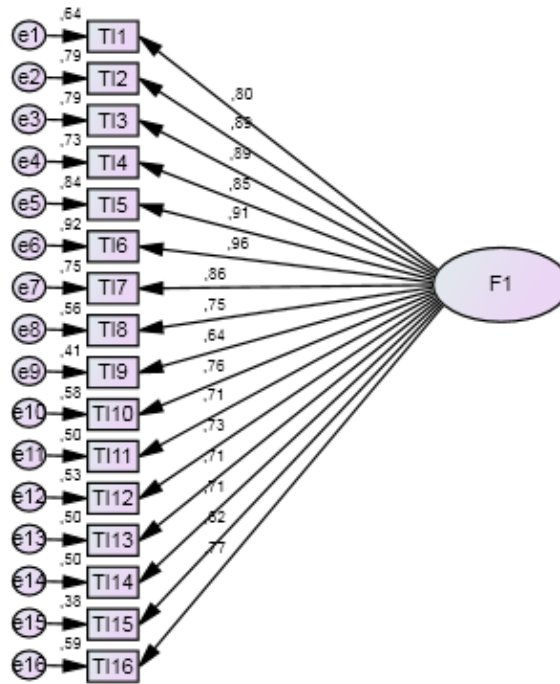


Figura 5 – Modelo 2 do IQCODE

Analisámos os índices de modificação para ver se era possível melhorar o ajustamento do modelo e foram vários os itens que apresentaram problemas de multicolinearidade, pelo que foram eliminados (itens 4, 9, 10, 11, 12 e 15).

Assim, depois da remoção dos itens refizemos o modelo e obtivemos o modelo da figura 6. O modelo 3 apresenta uma qualidade de ajustamento ligeiramente melhor que o anterior, mas ainda inadequada ( $X^2/df=3.595$ ;  $CFI=0.925$ ;  $GFI=0.779$ ;  $RMSEA=0.176$  e  $RMR=0.063$ ).

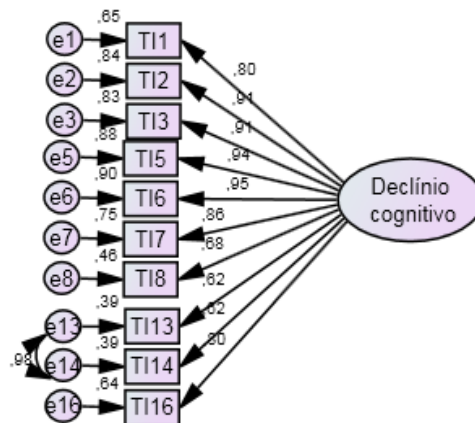


Figura 6 – Modelo 3 do IQCODE

O modelo 3, embora com menos itens, apresenta uma melhor estrutura fatorial e carece de estudos mais aprofundados, com amostras mais alargadas, ainda assim, para o nosso estudo iremos usar este modelo. Deste modo, o fator único verificado através da análise fatorial, que vamos utilizar no nosso estudo, é constituído pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 16.

Neste estudo, procedemos a uma segunda avaliação da consistência interna do IQCODE, após análise fatorial com eliminação dos itens já mencionados (cf. Tabela 25).

Os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0.943 e 0.952, com um *alfa* para o global da escala de 0.953, indicando muito boa consistência interna. Os valores de *alfa de Cronbach* são mais baixos do que os encontrados anteriormente, sem exclusão dos itens, o que indica que os problemas de multicolinearidade foram resolvidos com a sua exclusão.

Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que os itens 13 e 14 foram os que apresentaram menos estabilidade ( $r=0.698$ ) e a correlação máxima situa-se no item 6 ( $r=0.931$ ). Nesta segunda análise já foi possível calcular o coeficiente de determinação ( $r^2$ ) porque existem valores de *alfa* inferiores a 0.950, minimizando possíveis problemas de multicolinearidade. Assim a percentagem de variância explicada, indica que o item que apresenta mais variabilidade é o item 13, explicando 98.5% de variabilidade e o que apresenta menos variabilidade é o item 16, explicando 67.9%.

Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, variando entre 4.141 e 4.565.

Tabela 25 – Consistência Interna do IQCODE após análise fatorial

N.º Item	Itens	Média	D.P.	r item/total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Lembrar-se de coisas sobre os familiares e amigos (por exemplo, profissões, aniversários e moradas).	4.141	0.914	0.764	0.698	0.950
2	Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo.	4.188	0.893	0.855	0.855	0.946
3	Lembrar-se de conversas dos últimos dias.	4.211	0.977	0.869	0.837	0.945
5	Lembrar-se em que dia e mês estamos.	4.270	0.968	0.898	0.873	0.944
6	Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente.	4.305	0.859	0.931	0.897	0.943
7	Lembrar-se onde encontrar coisas que foram guardadas num lugar diferente do costume.	4.447	0.823	0.848	0.783	0.947
8	Saber usar aparelhos domésticos que já conhece.	4.352	0.934	0.719	0.716	0.952
13	Lidar com dinheiro para fazer compras.	4.552	0.794	0.698	0.985	0.952
14	Lidar com as suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco.	4.564	0.778	0.698	0.984	0.952
16	Compreender o que se passa à sua volta e raciocinar sobre as coisas.	4.200	0.997	0.728	0.679	0.952
<b>Coeficiente alfa de Cronbach global</b>		<b>0.953</b>				

Estudámos a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes e valor global do IQCODE. Os resultados evidenciam que todos os itens são significativos, consubstanciando valores correlacionais elevados com o total da escala (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Validade convergente/divergente dos itens com o valor global do IQCODE

N.º Item	Itens	Total
1	Lembrar-se de coisas sobre os familiares e amigos (por exemplo, profissões, aniversários e moradas).	0.812***
2	Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo.	0.886***
3	Lembrar-se de conversas dos últimos dias.	0.899***
5	Lembrar-se em que dia e mês estamos.	0.922***
6	Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente.	0.945***
7	Lembrar-se onde encontrar coisas que foram guardadas num lugar diferente do costume.	0.877***
8	Saber usar aparelhos domésticos que já conhece.	0.776***
13	Lidar com dinheiro para fazer compras.	0.750***
14	Lidar com as suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco.	0.749***
16	Compreender o que se passa à sua volta e raciocinar sobre as coisas.	0.788***

### 1.3. Procedimentos éticos e de recolha de dados

O processo prévio à recolha de dados envolveu vários procedimentos administrativos, éticos e legais. Inicialmente foram realizados pedidos de autorização para a aplicação das escalas, a utilizar na colheita de dados, aos autores originais e aos autores que as traduziram e validaram para a população portuguesa. Obtemos autorização para a utilização da ERA (Anexo II), da ESC (Anexo III), da EADS (Anexo IV) e do IQCODE (Anexo V). Os autores das restantes escalas não responderam ao pedido de autorização efetuado, no entanto são escalas utilizadas em diversos estudos científicos, encontrando-se inclusivamente publicadas pela *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía* em formato para uso clínico pelos enfermeiros.

Foi apresentado o projeto e solicitado parecer acerca da pertinência do mesmo à Enfermeira Responsável pelo Departamento Médico do CHBV e ao Diretor Clínico (Anexo VI) que mostraram interesse na sua realização. De seguida foi apresentado o estudo e solicitada autorização formal para a recolha de dados ao Presidente do Conselho de Administração do CHBV a fim de obter o seu consentimento, que emitiu parecer favorável por escrito (Anexo VII). De salientar que, no pedido efetuado, o título do trabalho tinha outra designação (Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente) que foi, entretanto, alterada, devido ao rumo seguido pela investigação.

No momento da realização do questionário, foram explicados ao cuidador informal, a natureza e os objetivos do estudo. Foi solicitada a participação e assinatura do consentimento informado legal (Apêndice I), onde se refere a finalidade do estudo, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade, dando-lhe a opção de desistir a qualquer momento de colaborar neste estudo, sem prejuízo para os seus direitos. Relativamente à pessoa dependente utilizou-se o princípio do consentimento presumido (Apêndice II).

Os dados recolhidos foram anonimizados e mantidos em base de dados apenas para realização do tratamento estatístico necessário para dar resposta à questão de investigação identificada.

#### 1.4. Análise e tratamento de dados

Os dados recolhidos, através do instrumento referido, foram objeto de análise, utilizando o programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 24. Foi criada para o efeito uma base de dados. À medida que, os questionários foram recolhidos, foram codificados e fomos introduzindo os dados na base.

Finalizada a recolha, os dados foram sujeitos à análise estatística, recorrendo à estatística descritiva e estatística inferencial, para dar resposta às questões de investigação.

Relativamente à estatística descritiva apresentamos frequências absolutas e percentuais, medidas de localização ou tendência central como médias, medidas dispersão como desvio padrão e coeficiente de variação (CV), medidas de assimetria e achatamento como *Skewness* e *Kurtosis*, e medidas de associação como o coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ) e o coeficiente de determinação ( $r^2$ ).

O CV é uma medida de dispersão relativa e, dependendo do valor de CV, a dispersão diz-se (Pestana & Gageiro, 2008):  $CV \leq 15\%$  – dispersão fraca;  $15\% < CV \leq 30\%$  – dispersão moderada; e  $CV > 30\%$  – dispersão elevada.

Para a análise da simetria (*Skewness/erro*) consideramos que se *Skewness/erro* (Pestana & Gageiro, 2008): for inferior a -1.96 a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita; oscilar entre -1.96 e 1.96 a distribuição é simétrica; e for superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Para a análise do achatamento (*Kurtosis/erro*) consideramos que se *Kurtosis/erro* (Pestana & Gageiro, 2008): for inferior a -1.96 a distribuição é mais achatada do que a normal ou platicúrtica; oscilar entre -1.96 e 1.96 a distribuição é mesocúrtica; e for superior a 1.96 a distribuição é menos achatada do que a normal ou leptocúrtica.

O coeficiente de correlação de *Pearson*, medida de associação linear, que pode variar entre -1 (correlação em sentido inverso) e 1 (correlação no mesmo sentido), usado no estudo da relação entre duas variáveis quantitativas, tem os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro, 2008):  $r < 0.2$  – associação linear muito baixa;  $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação linear baixa;  $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação linear moderada;  $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação linear alta; e  $0.9 \leq r \leq 1$  – associação linear muito alta.

Importa referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ), o qual indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, também este não exprimindo relação de causalidade.

Para a estatística inferencial usamos testes paramétricos e não paramétricos. Os testes não paramétricos são testes menos potentes e foram utilizados quando os pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos não estavam cumpridos (normalidade e homogeneidade).

Os testes utilizados para realizar análise inferencial dos dados foram, nomeadamente (Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2008):

- Testes t de *Student* para amostras independentes – permite comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes (partindo do teste da homogeneidade de *Levene* para escolher o mais adequado, ou seja, quando a sua significância é superior a 0.05 assume-se a igualdade das variâncias). Como alternativa o Teste de *U Mann-Whitney* para amostras independentes – compara o centro de localização, ordenação média, de uma variável pelo menos ordinal, das duas amostras;
- Teste de *Kruskal-Wallis* – permite comparação de uma variável de nível pelo menos ordinal em três ou mais grupos diferentes;
- Teste de independência do Qui-Quadrado ( $X^2$ ) – usado para o estudo de relações entre variáveis qualitativas. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal ou ordinal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as esperadas, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$ . Foi utilizada a Simulação de *Monte Carlo*, com o nível de confiança de 95% e extrapolação dos resultados para 10 mil amostras. Como alternativa o teste exato de *Fisher*, quando não se devia aplicar o qui-quadrado, pois permite comparar amostras de pequenas dimensões;
- Regressão linear múltipla – modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes, não se assumindo uma relação causal e informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar que variáveis independentes são preditoras da variável dependente (utilizando a correlação, que mede o grau de associação entre duas variáveis). Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a previsão, ao invés, quanto menor a correlação maior a percentagem de erro na previsão. A variável qualitativa sexo foi introduzida sob a forma de variável auxiliar indicadora ou variável *dummy*. Foi utilizado o método de seleção sequencial de variáveis *Stepwise*, método híbrido, que no primeiro passo inicia selecionando apenas uma variável independente, mas que a cada adição de

uma nova variável testa a sua significância, permitiu determinar quais as variáveis preditoras da variável dependente;

- Regressão logística – serve os mesmos propósitos da regressão linear sendo a variável dependente nominal dicotómica ou binária. As variáveis independentes podem ser qualitativas e/ou quantitativas e esta regressão permite avaliar a significância de cada uma dessas variáveis no modelo. No nosso estudo, seguimos as recomendações de transformar as variáveis dependentes em variáveis *dummy*, assumindo os valores de 0 e 1. Assim, foi consignado o código 0 para quem não tem ansiedade, depressão e stress e 1 para quem tem ansiedade, depressão e stress. Na regressão logística múltipla, à semelhança da regressão linear múltipla, também é possível utilizar algoritmos de seleção de variáveis com poder preditor. Neste estudo utilizámos como método de seleção de variáveis o método *Forward* baseado no rácio de verosimilhanças, que é um método de seleção *Stepwise*. Determinou-se a força da associação entre as variáveis com recurso aos *Odds Ratio* (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95%.

No decorrer da análise estatística, para interpretar os resultados obtidos, utilizaram-se os seguintes valores de significância estatística:

- $p \geq 0.05$  ns - diferença estatística não significativa;
- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa.

De salientar que, relativamente aos dados das escala ERA, ESC, IEC, Duke e IQCODE, foi calculado o valo médio, devido ao facto de se tratarem de escalas diferentes e subescalas com números de itens diferentes, com exceção da EADS porque se trata de uma escala com subescalas com número idêntico de itens e do Índice de *Barthel* por se tratar de uma escala tipo *Likert* com pontuações diferentes para os diferentes itens.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentam os dados mais relevantes, de forma clara, concisa e resumida.

## 2. Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados do presente estudo de forma sequencial, seguindo a ordem dos objetivos de investigação formulados. É realizada uma análise descritiva e inferencial de forma a obter dados acerca das características da população em estudo e da relação entre as diferentes variáveis.

### 2.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente

No que concerne à pessoa dependente a amostra é constituída por 85 participantes, 55.6% (n=49) do sexo feminino e 42.4% (n=36) do sexo masculino.

A análise estatística relativa à **idade** (cf. Tabela 27) revela que a média de idade da pessoa dependente é de 79.77 anos, com um desvio padrão de 10.86 anos e com intervalo etário entre os 40 anos de idade mínima e os 95 anos de idade máxima. As mulheres registaram idades médias superiores às dos homens, 80.87 anos com um desvio padrão de 11.06 *versus* 78.27 anos com um desvio padrão de 10.55.

Os valores de simetria (SK/erro) e achatamento (K/erro) indicam uma distribuição assimétrica enviesada à direita com curva leptocúrtica para os participantes do sexo masculino e uma distribuição assimétrica enviesada à direita com curva mesocúrtica para os participantes do sexo feminino. No global da amostra os valores apresentam uma distribuição assimétrica enviesada à direita com curva leptocúrtica.

O coeficiente de variação no caso do sexo masculino de 13.47% indica uma dispersão fraca face à idade média, sendo semelhante no caso do sexo feminino (13.67%).

Tabela 27 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo da pessoa dependente

Sexo	Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino		36	40	95	78.27	10.55	13.47	-3.59	5.15
Feminino		49	55	95	80.87	11.06	13.67	-3.61	0.93
<b>Total</b>		<b>85</b>	<b>40</b>	<b>95</b>	<b>79.77</b>	<b>10.86</b>	<b>13.61</b>	<b>-4.72</b>	<b>3.13</b>

Dada a elevada amplitude de variação, e como explicado no capítulo anterior, procedemos ao agrupamento em três classes etárias, a primeira engloba idade inferior a 64 anos designada “adulto”, a segunda idade entre 65 e 75 anos representada como “jovem idoso” e a terceira com idade superior a 75 anos designada de “idoso” (cf. Tabela 28). Verificámos que 10.6% dos participantes apresentavam idade inferior ou igual a 64 anos, 16.5% idade entre 65 e 75 anos e a maioria, 72.9%, idade superior a 75 anos. Estatisticamente não existem diferenças significativas na idade entre os dois sexos ( $X^2=1.659$ ;  $p=0.436$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 28), à semelhança do cuidador informal, procedemos à sua recodificação, utilizando um critério empírico para melhor operacionalização da variável, constituindo-se dois grupos: os solteiros, viúvos e divorciados (47.1%); e os casados (52.9%). Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o estado civil, para os participantes do sexo feminino solteiros, viúvos ou divorciados, e para os participantes do sexo masculino casados ( $X^2=15.462$ ;  $p=0.000$ ).

A variável **escolaridade** foi reagrupada (cf. Tabela 28), num primeiro grupo constituído pelos participantes analfabetos que não possuem escolaridade, transformando-se as habilitações até ao terceiro ciclo num segundo grupo, e o ensino secundário ou ensino superior num terceiro grupo. Identificámos o predomínio de participantes, 64.7%, com escolaridade até ao terceiro ciclo, seguidas de 20.0% analfabetos e por fim 8.2% com curso secundário ou superior. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a escolaridade, para os participantes analfabetos do sexo feminino e para os participantes com ensino secundário ou superior do sexo masculino ( $X^2=10.578$ ;  $p=0.005$ ).

Relativamente à **relação com o cuidador** procedemos à recodificação da variável em dois grupos (cf. Tabela 28): familiar direto constituído por pessoas dependentes que são pai/mãe, irmão(ã) ou marido/esposa do cuidador; e outros constituído por pessoas com outro grau de parentesco, incluindo sogro(a). Quando analisada a relação com o cuidador verificámos que a maioria dos participantes são familiares diretos (78.8%) em comparação com os outros (21.2%). Estatisticamente não existem diferenças significativas na relação com o cuidador entre os dois sexos ( $X^2=0.112$ ;  $p=0.738$ ).

De ressaltar que na nossa amostra não existe nenhum filho(a) dependente a ser cuidado pela mãe/pai.

Tabela 28 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (36)	% (42.4)	Nº (49)	% (57.6)	Nº (85)	% (100.0)	Masc	Fem	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
Adulto	3	8.3	6	12.2	9	10.6	-0.6	0.6	1.659	0.436
Jovem idoso	8	22.2	6	12.2	14	16.5	1.2	-1.2		
Idoso	25	69.4	37	75.5	62	72.9	-0.6	0.6		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	8	22.2	32	65.3	40	47.1	-3.9	<b>3.9</b>	15.462	0.000
Casado	28	77.8	17	34.7	45	52.9	<b>3.9</b>	-3.9		
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	2	5.6	15	30.6	17	20.0	-2.9	<b>2.9</b>	10.578	0.005
Até ao 3º ciclo	25	69.4	30	61.2	55	64.7	0.8	-0.8		
Secundário/Superior	9	25.0	4	8.2	13	15.3	<b>2.1</b>	-2.1		
<b>Relação com o cuidador</b>										
Familiar direto	29	80.6	38	77.6	67	78.8	0.3	-0.3	0.112	0.738
Outros	7	19.4	11	22.4	18	21.2	-0.3	0.3		

## 2.2. Caracterização do contexto de prestação de cuidados à pessoa dependente

A análise estatística relativa aos **anos de prestação de cuidados** (cf. Tabela 29) revela que a média dos anos de prestação de cuidados é de 5.61, com um desvio padrão de 3.99 anos e com intervalo entre 1 e 17 anos. As mulheres registaram valores médios de prestação de cuidados, em anos, superiores aos dos homens, 6.00 com um desvio padrão de 3.91 *versus* 5.08 com um desvio padrão de 4.10.

Os valores de simetria (SK/erro) e achatamento (K/erro) indicam uma distribuição assimétrica enviesada à esquerda com curva mesocúrtica para os participantes de ambos os sexos.

O coeficiente de variação no caso do sexo masculino de 80.70% indica uma dispersão elevada face aos anos em média de duração da prestação de cuidados, sendo semelhante no caso do sexo feminino (65.16%).

Tabela 29 – Estatísticas relativas ao tempo de prestação de cuidados, em anos, em função do sexo da pessoa dependente

Anos de prestação de cuidados Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	36	1	16	5.08	4.10	80.70	3.14	0.77
Feminino	49	1	17	6.00	3.91	65.16	2.42	0.39
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>5.61</b>	<b>3.99</b>	<b>71.12</b>	<b>3.67</b>	<b>0.37</b>

Relativa às **horas diárias de prestação de cuidados** (cf. Tabela 30) a análise estatística indica que a média das horas diárias de prestação de cuidados é de 11.58, com um desvio padrão de 8.29 horas e com intervalo entre 1.5 e 24 horas. Os homens registaram valores médios de prestação de cuidados, em horas, superiores às das mulheres, 13.5 com um desvio padrão de 9.19 *versus* 10.42 com um desvio padrão de 7.46.

Os valores de simetria (SK/erro) e achatamento (K/erro) indicam uma distribuição simétrica para os participantes de ambos os sexos. Com curva platicúrtica para os participantes do sexo masculino e curva mesocúrtica para os do sexo feminino.

O coeficiente de variação no caso do sexo masculino de 69.85% indica uma dispersão elevada face às horas em média diárias de prestação de cuidados, sendo semelhante no caso do sexo feminino (71.59%).

Tabela 30 – Estatísticas relativas à duração diária de prestação de cuidados, em horas, em função do sexo da pessoa dependente

Horas diárias de prestação de cuidados Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	36	1.5	24	13.15	9.19	69.85	0.08	-2.23
Feminino	49	1.5	24	10.42	7.46	71.59	1.87	-1.23
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>1.5</b>	<b>24</b>	<b>11.58</b>	<b>8.29</b>	<b>71.58</b>	<b>1.44</b>	<b>-2.60</b>

Dada a elevada amplitude de variação dos anos de cuidados e das horas diárias de cuidados, em ambas as situações, procedemos à sua recodificação em três grupos cada, utilizando um critério empírico para melhor operacionalização das variáveis (cf. Tabela 31). O primeiro grupo dos anos de cuidados diz respeito aos cuidadores que prestam cuidados há dois anos ou menos, o segundo grupo presta cuidados há cerca de três a cinco anos e o último grupo inclui os cuidadores que prestam cuidados há seis anos ou mais. Relativamente às horas diárias de cuidados prestados o primeiro grupo engloba os participantes que prestam

cinco horas ou menos de cuidados diários, o segundo grupo entre seis a 10 horas e o terceiro grupo presta 11 horas de cuidados ou mais.

Em relação à variável **anos de prestação de cuidados** (cf. Tabela 31), constatamos que 24.7% dos participantes presta cuidados há dois anos ou menos, 32.9% entre três a cinco anos, enquanto 42.4% presta cuidados há seis ou mais anos. Verificamos a existência de diferenças na prestação de cuidados entre três a cinco anos, relativamente à pessoa dependente do sexo masculino, sendo que as diferenças entre as variáveis são estatisticamente significativas ( $X^2=6.074$ ;  $p=0.048$ ).

Relativamente às **horas diárias de prestação de cuidados** (cf. Tabela 31) 31.8% dos participantes presta cuidados durante cinco ou menos horas por dia à pessoa dependente, 21.2% entre seis e 10 horas diárias e 47.1% presta 11 horas diárias de cuidados ou mais. Estatisticamente não existem diferenças significativas nas horas de cuidados prestados entre os dois sexos ( $X^2=1.063$ ;  $p=0.588$ ).

Comparativamente à existência de **apoio na prestação de cuidados** (cf. Tabela 31), seja de instituição, família ou mesmo amigos, 80.0% dos cuidadores refere ter apoio, contrariamente a 20.0% que refere a ausência desse apoio. Estatisticamente não existem diferenças significativas na existência de apoio entre os dois sexos ( $X^2=0.976$ ;  $p=0.323$ ).

No que concerne à variável **residência** esta foi agrupada em Coabitação e Outros (cf. Tabela 31), que inclui morar em casas diferentes. Coabitação corresponde à opção de residência da maioria, 71.8%, dos participantes, sendo que apenas 28,2% reside em casa diferente. Estatisticamente não existem diferenças significativas na distância de residência entre os dois sexos ( $X^2=0.801$ ;  $p=0.371$ ).

Relativamente à **prestação de cuidados a outros** (cf. Tabela 31) 42.4% dos participantes afirma que sim e 57.6% dos participantes não presta cuidados a mais ninguém. Neste caso também não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e prestação, ou não, de cuidados a outros ( $X^2=1.496$ ;  $p=0.221$ ).

Tabela 31 – Caracterização do contexto da prestação de cuidados em função do sexo da pessoa dependente

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (36)	% (42.4)	Nº (49)	% (57.6)	Nº (85)	% (100.0)	Masc	Fem	X <sup>2</sup>	p
<b>Variáveis</b>										
<b>Anos de prestação de cuidados</b>										
≤ 2 anos	8	22.2	13	26.5	28	24.7	-0.5	0.5	6.074	0.048
3 a 5 anos	17	47.2	11	22.4	28	32.9	<b>2.4</b>	-2.4		
≥ 6 anos	11	30.6	25	51.0	36	42.4	-1.9	1.9		
<b>Horas diárias de prestação de cuidados</b>										
≤ 5 horas	11	30.6	16	32.7	27	31.8	-0.2	0.2	1.063	0.588
6 a 10 horas	6	16.7	12	24.5	18	21.2	-0.9	0.9		
≥ 11 horas	19	52.8	21	42.9	40	47.1	0.9	-0.9		
<b>Apoio na prestação de cuidados</b>										
Sim	27	75.0	41	83.7	68	80.0	-1.0	1.0	0.976	0.323
Não	9	25.0	8	16.3	17	20.0	1.0	-1.0		
<b>Residência</b>										
Coabitação	24	66.7	37	75.5	61	71.8	-0.9	0.9	0.801	0.371
Outros	12	33.3	12	24.5	24	28.2	0.9	-0.9		
<b>Prestação de cuidados a outros</b>										
Sim	18	50.0	18	36.7	36	42.4	1.2	-1.2	1.496	0.221
Não	18	50.0	31	63.3	49	57.6	-1.2	1.2		

Um teste t de *Student* (cf. Tabela 32), foi realizado para verificar se a duração de cuidados em anos e horas diárias era discriminada pelo sexo da pessoa dependente. Os resultados obtidos indicam que as pessoas do sexo feminino são aquelas que têm mais anos de cuidados recebidos, enquanto que as pessoas do sexo masculino são as que recebem mais horas diárias de cuidados. Não há significância estatística nas diferenças encontradas entre as variáveis.

Tabela 32 – Teste t para diferenças de médias entre duração de cuidados e sexo da pessoa dependente

Sexo	Masculino		Feminino		Levene p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
<b>Anos</b>	5.08	4.10	6.00	3.91	0.846	-1.045	0.299
<b>Horas diárias</b>	13.15	9.19	10.42	7.46	0.012	1.459	0.149

### 2.3. Resiliência do cuidador informal

Pela análise estatística relativa às seis dimensões de resiliência, apurámos que os valores mínimos e máximos oscilam entre 1.25 e 7.00 e os valores médios entre 4.38, correspondente ao fator planeamento do futuro, e 5.23, correspondente ao fator recursos sociais (cf. Tabela 33). Os coeficientes de variação revelam uma dispersão moderada, os valores de achatamento uma distribuição mesocúrtica e os valores de simetria uma distribuição simétrica, exceto no fator planeamento do futuro e recursos sociais cuja distribuição é assimétrica negativa, ou seja, enviesada à direita.

Tabela 33 – Estatísticas relativas à resiliência

Fatores	Resiliência	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Perceção do Self		2.33	7.00	4.93	1.20	24.34	-1.46	-1.49
Planeamento do Futuro		1.25	7.00	4.38	1.20	27.39	-3.09	1.20
Competências Sociais		2.50	7.00	4.96	1.19	23.99	-1.75	-1.80
Coesão Familiar		2.33	6.83	4.96	1.19	23.99	-1.92	-1.70
Recursos Sociais		1.86	7.00	5.23	1.18	22.56	-3.97	0.96
Estilo Estruturado		2.25	6.50	4.54	0.91	20.04	1.17	-1.03

Para analisar a resiliência do cuidador informal face à **idade** foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 34). Do resultado obtido ressalta que os cuidadores com idade inferior a 50 anos são os que revelam maior resiliência em todos os fatores, uma vez que apresentam as ordenações médias mais elevadas. Enquanto os cuidadores com idade entre os 50 e 60 anos têm menor resiliência, exceto no fator estilo estruturado, em que são os cuidadores com mais de 60 anos que apresentam ordenações médias mais baixas. As diferenças entre os grupos apenas são significativas para a coesão familiar ( $p=0.028$ ).

Tabela 34 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre resiliência e idade do cuidador

Resiliência	Idade	< 50 anos	50 a 60 anos	> 60 anos	$\chi^2$	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Perceção do Self		49.69	35.87	44.50	4.691	0.096
Planeamento do Futuro		49.28	38.82	41.52	2.751	0.253
Competências Sociais		50.43	37.21	42.22	4.202	0.122
Coesão Familiar		52.89	35.76	41.43	7.141	0.028
Recursos Sociais		51.98	36.63	41.33	5.795	0.055
Estilo Estruturado		47.61	41.27	40.37	1.420	0.492

Procurámos, entretanto, saber em que medida o **sexo** discriminava a resiliência. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* verificou-se que as ordenações médias eram menores nas pessoas do sexo feminino em todas as dimensões da escala, o que traduz uma pior resiliência, sem significância estatística entre as variáveis (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Teste de *U Mann-Whitney* entre resiliência e sexo do cuidador

Resiliência	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Perceção do <i>Self</i>		52.75	42.26	178.500	-1.006	0.314
Planeamento do Futuro		31.58	43.87	168.500	-1.179	0.238
Competências Sociais		55.50	42.05	162.000	-1.291	0.197
Coesão Familiar		55.00	42.09	165.00	-1.238	0.216
Recursos Sociais		59.50	41.75	138.000	-1.703	0.089
Estilo Estruturado		58.67	41.81	143.00	-1.624	0.104

No intuito de verificarmos se a resiliência era discriminada pelo **estado civil** do cuidador efetuámos um teste t de *Student* para diferença de médias (cf. Tabela 36). Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas são aquelas que têm valores mais elevados nos fatores perceção do *self*, competências sociais, recursos sociais e estilo estruturado, enquanto as pessoas casadas ou em união de facto nos fatores planeamento do futuro e coesão familiar. Não há significância estatística nas diferenças encontradas entre a resiliência e o estado civil, exceto no fator recursos sociais ( $t=3.786$ ;  $p=0.000$ ).

Tabela 36 – Teste t para diferenças de médias entre resiliência e estado civil do cuidador

Resiliência	Estado Civil		Casado/União de facto		Levene p	t	p
	Solteiro/Viúvo/Divorciado		Média	D.P.			
Perceção do <i>Self</i>	4.97	1.02	4.90	1.30	0.018	0.279	0.781
Planeamento do Futuro	4.13	1.55	4.51	0.96	0.004	-1.235	0.224
Competências Sociais	5.21	1.27	4.83	1.13	0.749	1.394	0.167
Coesão Familiar	4.88	1.29	5.00	1.15	0.097	-0.460	0.647
Recursos Sociais	5.78	0.77	4.94	1.26	0.006	3.786	0.000
Estilo Estruturado	4.62	0.88	4.50	0.94	0.858	0.597	0.552

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 37) para analisar a resiliência do cuidador informal face à **escolaridade**. O resultado obtido salienta que os cuidadores com ensino secundário são os que revelam maior resiliência em todos os fatores, uma vez que apresentam as ordenações médias mais elevadas. Enquanto os cuidadores com curso

superior têm menor resiliência. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas para todos os fatores.

Tabela 37 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre resiliência e escolaridade do cuidador

Escolaridade Resiliência	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Perceção do <i>self</i>	39.02	53.41	11.29	19.296	0.000
Planeamento do Futuro	41.80	50.39	10.93	15.340	0.000
Competências Sociais	44.11	47.45	13.00	11.695	0.003
Coesão Familiar	40.21	52.80	7.57	20.861	0.000
Recursos Sociais	40.71	50.85	14.93	13.224	0.001
Estilo Estruturado	33.50	56.86	25.36	21.621	0.000

Foi realizado um teste t de *Student* (cf. Tabela 38), para verificar se a resiliência era discriminada pela **situação profissional** do cuidador informal. Os resultados obtidos mostram que as pessoas desempregadas apresentam valores médios mais altos de resiliência em todos os fatores da escala, exceto nos recursos sociais. O teste t indica-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre a resiliência e a situação profissional, apenas no fator perceção do *self* ( $p=0.017$ ).

Tabela 38 – Teste t para diferenças de médias entre resiliência e situação profissional do cuidador

Situação Profissional Resiliência	Empregado		Desempregado		Levene p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Perceção do <i>Self</i>	4.56	1.06	5.19	1.24	0.557	-2.425	0.017
Planeamento do Futuro	4.19	1.22	4.51	1.19	0.729	-1.212	0.229
Competências Sociais	4.88	1.00	5.03	1.31	0.032	-0.593	0.555
Coesão Familiar	4.91	1.08	5.00	1.28	0.138	-0.323	0.748
Recursos Sociais	5.30	0.95	5.19	1.32	0.053	0.439	0.662
Estilo Estruturado	4.34	0.68	4.68	1.03	0.000	-1.835	0.070

Realizámos o teste de *U Mann-Whitney* para perceber em que medida o **agregado familiar** discriminava a resiliência (cf. Tabela 39). Verificámos que as ordenações médias eram menores na família nuclear nas dimensões perceção do *self*, planeamento do futuro e estilo estruturado. Nas dimensões competências sociais, coesão familiar e recursos sociais a família nuclear apresentava ordenações médias mais altas, o que traduz uma melhor resiliência. Não existe significância estatística para os resultados encontrados.

Tabela 39 – Teste de *U Mann-Whitney* entre resiliência e agregado familiar do cuidador

Resiliência	Agregado Familiar	Família Nuclear	Família Alargada	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Perceção do <i>Self</i>		41.85	43.51	737.000	-0.287	0.774
Planeamento do Futuro		39.65	44.47	680.000	-0.833	0.405
Competências Sociais		49.85	39.98	589.000	-1.703	0.089
Coesão Familiar		49.77	40.02	591.000	-1.682	0.093
Recursos Sociais		45.62	41.85	699.000	-.0650	0.515
Estilo Estruturado		37.92	45.24	635.000	-1.268	0.205

#### 2.4. Sobrecarga do cuidador informal

Pela análise estatística relativa às quatro dimensões de sobrecarga, verificámos que os valores mínimos e máximos oscilam entre 1.00 e 5.00 e os valores médios entre 1.95, correspondente ao fator relação interpessoal, e 3.70, correspondente ao fator expectativas face ao cuidar (cf. Tabela 40). Os coeficientes de variação revelam uma dispersão moderada, nos fatores impacto da prestação de cuidados e expectativas face ao cuidar e no global da escala, e uma dispersão elevada nos fatores relação interpessoal e perceção de autoeficácia. Os valores de achatamento mostram uma distribuição mesocúrtica em todos os fatores e os valores de simetria uma distribuição simétrica no fator impacto da prestação de cuidados e expectativas face ao cuidar e no global da escala, e uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda nos fatores relação interpessoal e perceção de autoeficácia.

Tabela 40 – Estatísticas relativas à sobrecarga

Fatores	Sobrecarga	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Impacto da Prestação de Cuidados		1.45	4.64	2.75	0.77	28.00	1.87	-0.61
Relação Interpessoal		1.00	3.80	1.95	0.71	36.41	2.56	0.11
Expectativas Face ao Cuidar		2.50	5.00	3.70	0.71	19.18	-0.07	-1.95
Perceção de Autoeficácia		1.00	5.00	2.35	0.99	42.12	2.95	1.15
<b>Global</b>		<b>1.73</b>	<b>4.23</b>	<b>2.70</b>	<b>0.59</b>	<b>28.85</b>	<b>1.96</b>	<b>-0.63</b>

Ainda analisando a sobrecarga (cf. Tabela 41), verificámos que a maioria dos participantes apresentava sobrecarga intensa (57.6%); seguida dos com sobrecarga ligeira (32.9%) e por fim dos sem sobrecarga (9.4%).

No que respeita às características sociodemográficas do cuidador em função da sobrecarga, analisando a **idade** (cf. Tabela 41), constatámos que 36.7% dos participantes

com sobrecarga intensa e 39.3% dos participantes com sobrecarga ligeira apresentavam idade entre 50 e 60 anos e 37.5% dos participantes sem sobrecarga tinham menos de 50 anos e igual proporção mais de 60 anos. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, na idade entre os níveis de sobrecarga ( $X^2=0.640$ ;  $p=0.959$ ).

Relativamente ao **sexo**, como se observa na tabela 41, a maioria dos participantes que apresentava sobrecarga intensa (93.9%); sobrecarga ligeira (96.4%) e sem sobrecarga (75.0%) era do sexo feminino. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga e o sexo ( $X^2=4.510$ ;  $p=0.105$ ).

Quanto ao **estado civil** (cf. Tabela 41) a totalidade dos participantes sem sobrecarga são solteiros, viúvos ou divorciados, 78.6% dos participantes com sobrecarga ligeira e 67.3% dos participantes com sobrecarga intensa são casados ou em união de facto. Confirmámos a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) entre a sobrecarga e o estado civil, apenas para os participantes solteiros, viúvos ou divorciados sem sobrecarga.

No que concerne à **escolaridade** (cf. Tabela 41) apurámos que 42.9% dos participantes com sobrecarga intensa têm até ao terceiro ciclo de escolaridade e igual proporção o ensino secundário. Dos participantes com sobrecarga ligeira 60.7% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade e 39.3% o ensino secundário. Não existe nenhum participante com ensino superior com sobrecarga ligeira ou sem sobrecarga. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga e a escolaridade ( $p=0.147$ ).

Relativamente à **situação profissional**, como traduzido pela tabela 41, 62.5% dos participantes sem sobrecarga, 64.3% dos participantes com sobrecarga ligeira e 55.1% dos participantes com sobrecarga intensa eram desempregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre a sobrecarga e a situação profissional ( $X^2=0.670$ ;  $p=0.715$ ).

Analisando a variável **agregado familiar** (cf. Tabela 41) verificámos que 100.0% dos participantes sem sobrecarga pertencia a uma família alargada, 50.0% dos participantes com sobrecarga ligeira tinham uma família alargada e igual proporção uma família nuclear, e ainda que 75.5% dos participantes com sobrecarga intensa pertencia a uma família alargada. Estatisticamente revelou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.008$ ) entre a sobrecarga e o agregado familiar, para os participantes pertencentes a uma família nuclear com sobrecarga ligeira e para os pertencentes a uma família alargada sem sobrecarga.

Tabela 41 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da sobrecarga

Sobrecarga Variáveis	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total		Residuais Ajustados			Teste Qui- quadrado	
	Nº (8)	% (9.4)	Nº (28)	% (32.9)	Nº (49)	% (57.6)	Nº (85)	% (100.0)	Sem Sobr.	Sobr. Lig.	Sobr. Int.	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>													
< 50 anos	3	37.5	9	32.1	15	30.6	27	31.8	0.4	0.1	-0.3	0.640	0.959
50 a 60 anos	2	25.0	11	39.3	18	36.7	31	36.5	-0.7	0.4	0.1		
> 60 anos	3	37.5	8	38.6	16	32.7	27	31.8	0.4	-0.4	0.2		
<b>Sexo</b>													
Masculino	2	25.0	1	3.6	3	6.1	6	7.1	2.1	-0.9	-0.4	4.510	0.150
Feminino	6	75.0	27	96.4	46	93.9	79	92.9	-2.1	0.9	0.4		
<b>Estado Civil</b>													
Solteiro/Viúvo/ Divorciado	8	100.0	6	21.4	16	32.7	30	35.3	<b>4.0</b>	-1.9	-0.6	*	0.000
Casado/ União de facto	-	0.0	22	78.6	33	67.3	55	64.7	-4.0	1.9	0.6		
<b>Escolaridade</b>													
Até ao 3º ciclo	3	37.5	17	60.7	21	42.9	41	48.2	-0.6	1.6	-1.2	*	0.147
Secundário	5	62.5	11	39.3	21	42.9	37	43.5	1.1	-0.6	-0.1		
Superior	-	0.0	-	0.0	7	14.3	7	8.2	-0.9	-1.9	2.4		
<b>Situação Profissional</b>													
Empregado	3	37.5	10	35.7	22	44.9	35	41.2	-0.2	-0.7	0.8	0.670	0.715
Desempregado	5	62.5	18	64.3	27	55.1	50	58.8	0.2	0.7	-0.8		
<b>Agregado Familiar</b>													
Família nuclear	-	0.0	14	50.0	12	24.5	26	30.6	-2.0	<b>2.7</b>	-1.4	*	0.008
Família alargada	8	100.0	14	50.0	37	75.5	59	69.4	<b>2.0</b>	-2.7	1.4		

\*Teste de Fisher

Para analisar a sobrecarga do cuidador informal face à **idade** foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 42). O resultado obtido salienta que os cuidadores com idade inferior a 50 anos são os que revelam maior sobrecarga na perceção de autoeficácia, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada, e os cuidadores com idade superior a 60 anos os que revelam menor sobrecarga, também nesse fator. No global os cuidadores com idade superior a 60 anos têm maior sobrecarga, o que também se verifica para os fatores impacto da prestação de cuidados e expectativas face ao cuidar. As diferenças entre os grupos apenas são significativas, entre a sobrecarga e a idade, para a perceção de autoeficácia ( $p=0.001$ ).

Tabela 42 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre sobrecarga e idade do cuidador

Sobrecarga	Idade	< 50 anos	50 a 60 anos	> 60 anos	$\chi^2$	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da Prestação de Cuidados		37.61	41.05	50.63	4.075	0.130
Relação Interpessoal		42.15	45.66	40.80	0.614	0.736
Expectativas Face ao Cuidar		40.69	41.60	46.93	1.036	0.596
Percepção de Autoeficácia		57.89	36.55	35.52	15.015	0.001
<b>Global</b>		<b>41.56</b>	<b>40.69</b>	<b>47.09</b>	<b>1.109</b>	<b>0.574</b>

Realizámos o teste de *U Mann-Whitney* para perceber em que medida o **sexo** discriminava a sobrecarga (cf. Tabela 43). Confirmámos que as ordenações médias eram maiores no sexo feminino no global e em todas as dimensões da escala exceto na dimensão percepção de autoeficácia, não existindo significância estatística para os resultados encontrados.

Tabela 43 – Teste de *U Mann-Whitney* entre sobrecarga e sexo do cuidador

Sobrecarga	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Impacto da Prestação de Cuidados		33.50	43.72	180.000	-0.980	0.327
Relação Interpessoal		40.17	43.22	220.000	-0.293	0.769
Expectativas Face ao Cuidar		38.67	43.33	211.000	-0.449	0.653
Percepção de Autoeficácia		59.75	41.73	136.500	-1.759	0.079
<b>Global</b>		<b>37.71</b>	<b>43.44</b>	<b>202.000</b>	<b>-0.601</b>	<b>0.548</b>

Um teste t de *Student* (cf. Tabela 44), foi realizado para verificar se a sobrecarga era discriminada pelo **estado civil** do cuidador informal. Os resultados obtidos apontam para que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas sejam aquelas que têm valores médios mais elevados de sobrecarga nos fatores relação interpessoal e percepção de autoeficácia, enquanto que as pessoas casadas ou em união de facto sejam as que têm valores médios mais elevados de sobrecarga nos fatores impacto da prestação de cuidados e expectativas face ao cuidar. Verificámos que há significância estatística nas diferenças encontradas, entre a sobrecarga e o estado civil, nos fatores: impacto da prestação de cuidados ( $p=0.047$ ); expectativas face ao cuidar ( $p=0.033$ ) e percepção de autoeficácia ( $p=0.000$ ). Não há significância estatística no fator relação interpessoal ( $t=0.655$ ;  $p=0.514$ ) e no valor global de sobrecarga ( $t=-0.822$ ;  $p=0.413$ ).

Tabela 44 – Teste t para diferenças de médias entre sobrecarga e estado civil do cuidador

Sobrecarga	Estado Civil	Solteiro/Viúvo/ Divorciado		Casado/União de facto		Levene p	t	p
		Média	D.P.	Média	D.P.			
Impacto da Prestação de Cuidados		2.52	0.84	2.87	0.71	0.084	-2.014	0.047
Relação Interpessoal		2.02	0.83	1.92	0.64	0.174	0.655	0.514
Expectativas Face ao Cuidar		3.48	0.78	3.82	0.64	0.161	-2.170	0.033
Perceção de Autoeficácia		3.08	1.03	1.96	0.71	0.017	5.273	0.000
<b>Global</b>		<b>2.63</b>	<b>0.65</b>	<b>2.74</b>	<b>0.56</b>	<b>0.146</b>	<b>-0.822</b>	<b>0.413</b>

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 45) para analisar a sobrecarga do cuidador informal face à **escolaridade**. Do resultado obtido sobressai que os cuidadores com ensino superior são os que revelam maior sobrecarga em todos os fatores e no global, uma vez que apresentam as ordenações médias mais elevadas. Os cuidadores com escolaridade até ao terceiro ciclo têm menor sobrecarga no global, bem como no fator relação interpessoal. Enquanto no fator impacto da prestação de cuidados são os cuidadores com ensino secundário que apresentam menor sobrecarga. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) entre a sobrecarga e a escolaridade, para o global da sobrecarga e para os fatores: impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal.

Tabela 45 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre sobrecarga e escolaridade do cuidador

Sobrecarga	Escolaridade	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	$\chi^2$	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da Prestação de Cuidados		39.72	39.68	79.79	17.002	0.000
Relação Interpessoal		37.57	42.01	80.00	17.954	0.000
Expectativas Face ao Cuidar		42.78	40.28	58.64	3.310	0.191
Perceção de Autoeficácia		38.33	47.12	48.57	2.974	0.226
<b>Global</b>		<b>38.16</b>	<b>41.26</b>	<b>80.57</b>	<b>18.038</b>	<b>0.000</b>

No intento de verificarmos se a sobrecarga era discriminada pela **situação profissional** do cuidador realizámos um teste t de *Student* para diferença de médias (cf. Tabela 46). Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas empregadas são aquelas que têm valores mais elevados nos fatores impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal, enquanto as pessoas desempregadas nos fatores expectativas face ao cuidar e perceção de autoeficácia. Não há significância estatística nas diferenças encontradas, entre a sobrecarga e a situação profissional, exceto no fator relação interpessoal ( $t=2.301$ ;  $p=0.024$ ).

Tabela 46 – Teste t para diferenças de médias entre sobrecarga e situação profissional do cuidador

Situação Profissional Sobrecarga	Empregado		Desempregado		Levene p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Impacto da Prestação de Cuidados	2.78	0.66	2.72	0.85	0.240	0.337	0.737
Relação Interpessoal	2.16	0.74	1.81	0.66	0.610	2.301	0.024
Expectativas Face ao Cuidar	3.57	0.58	3.79	0.78	0.063	-1.384	0.170
Perceção de Autoeficácia	2.18	0.70	2.48	1.14	0.034	-1.460	0.148
<b>Global</b>	<b>2.73</b>	<b>0.57</b>	<b>2.69</b>	<b>0.61</b>	<b>0.811</b>	<b>0.329</b>	<b>0.743</b>

Procurámos, entretanto, saber em que medida o **agregado familiar** diferenciava a sobrecarga. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 47) constatámos que as ordenações médias eram maiores na família nuclear nas dimensões impacto da prestação de cuidados e expectativas face ao cuidar. No global e nas dimensões relação interpessoal e perceção de autoeficácia a família alargada apresentava ordenações médias mais altas, o que traduz uma maior sobrecarga. Não existe significância estatística para os resultados encontrados, exceto na dimensão perceção de autoeficácia ( $p=0.011$ ).

Tabela 47 – Teste de *U Mann-Whitney* entre sobrecarga e agregado familiar do cuidador

Sobrecarga	Agregado Familiar	Família Nuclear	Família Alargada	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Impacto da Prestação de Cuidados		43.35	42.85	758.000	-0.086	0.931
Relação Interpessoal		40.73	44.00	708.000	-0.566	0.572
Expectativas Face ao Cuidar		44.69	42.25	723.000	-0.423	0.673
Perceção de Autoeficácia		32.92	47.44	505.000	-2.549	0.011
<b>Global</b>		<b>41.35</b>	<b>43.73</b>	<b>724.000</b>	<b>-0.411</b>	<b>0.681</b>

## 2.5. Esforço do cuidador informal

A análise estatística relativa ao índice de esforço (cf. Tabela 48), revela valores mínimos e máximos entre 0.00 e 0.92 e um valor médio de 0.52, no total. Os homens registaram valores médios de índice de esforço, inferiores aos das mulheres, 0.41 com um desvio padrão de 0.36 *versus* 0.53 com um desvio padrão de 0.19. Os valores de simetria e achatamento indicam uma distribuição simétrica para os participantes de ambos os sexos, com curva mesocúrtica. No total a distribuição é assimétrica negativa com curva mesocúrtica. O coeficiente de variação indica uma dispersão elevada face ao índice de esforço, quer em ambos os sexos, quer no total.

Tabela 48 – Estatísticas relativas ao índice de esforço em função do sexo do cuidador

Sexo	Índice de Esforço	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino		6	0.00	0.77	0.41	0.36	87.80	-0.05	-1.76
Feminino		79	0.08	0.92	0.53	0.19	35.84	-1.56	-0.65
<b>Total</b>		<b>85</b>	<b>0.00</b>	<b>0.92</b>	<b>0.52</b>	<b>0.20</b>	<b>38.46</b>	<b>-2.07</b>	<b>-0.66</b>

Ainda relativamente ao índice de esforço, verificámos que 65.9% dos participantes apresentavam esforço e 34.1% dos participantes não tinham esforço (cf. Tabela 49).

Da análise das características sociodemográficas do cuidador, relativamente à **idade** (cf. Tabela 49) verificámos que 42.9% dos participantes com esforço apresentavam entre 50 e 60 anos, 32.1% idade superior a 60 anos e 25.0% menos de 50 anos, não existindo diferenças estatisticamente significativas, entre a idade e o esforço ( $X^2=4.208$ ;  $p=0.122$ ).

Quanto ao **sexo** (cf. Tabela 49), apurámos que a maioria dos participantes que apresentava esforço (94.6%) era do sexo feminino não existindo diferenças estatisticamente significativas nos participantes entre o esforço e o sexo ( $X^2=0.724$ ;  $p=0.395$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 49) a maioria dos participantes com esforço são casados ou em união de facto (67.9%) e não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $X^2=0.714$ ;  $p=0.398$ ).

No que se refere à **escolaridade** os dados apresentados na tabela 49 mostram que 44.6% dos participantes com esforço têm o ensino secundário e 42.9% têm escolaridade até ao terceiro ciclo. Dos participantes sem esforço 58.6% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade e 41.4% o ensino secundário. Não existe nenhum participante com ensino superior sem esforço. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o esforço e a escolaridade ( $p=0.323$ ).

Relativamente à **situação profissional** (cf. Tabela 49) verificámos que 62.5% dos participantes com esforço eram desempregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre o esforço e a situação profissional ( $X^2=0.916$ ;  $p=0.339$ ).

Analisando a variável **agregado familiar** (cf. Tabela 49) confirmámos que 71.45% dos participantes com esforço pertencem a uma família alargada e não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=0.314$ ;  $p=0.575$ ).

Tabela 49 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do índice de esforço

Índice de Esforço Variáveis	Sem Esforço		Com Esforço		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (29)	% (34.1)	Nº (56)	% (65.9)	Nº (85)	% (100.0)	Sem Esforço.	Com Esforço	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
< 50 anos	13	44.8	14	25.0	27	31.8	1.9	-1.9	4.208	0.122
50 a 60 anos	7	24.1	24	42.9	31	36.5	-1.7	1.7		
> 60 anos	9	31.0	18	32.1	27	31.8	-0.1	0.1		
<b>Sexo</b>										
Masculino	3	10.3	3	5.4	6	7.1	0.9	-0.9	0.724	0.395
Feminino	26	89.7	53	94.6	79	92.9	-0.9	0.9		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	12	41.4	18	32.1	30	35.3	0.8	-0.8	0.714	0.398
Casado/União de facto	17	58.6	38	67.9	55	64.7	-0.8	0.8		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	17	58.6	24	42.9	41	48.2	1.4	-1.4	*	0.323
Secundário	12	41.4	25	44.6	37	43.5	-0.3	0.3		
Superior	-	0.0	7	8.2	7	8.2	-2.0	2.0		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	14	48.3	21	37.5	35	41.2	1.0	-1.0	0.916	0.339
Desempregado	15	51.7	35	62.5	50	58.8	-1.0	1.0		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	10	34.5	16	28.6	26	30.6	0.6	-0.6	0.314	0.575
Família alargada	9	65.5	40	71.4	59	69.4	-0.6	0.6		

\*Teste de Fisher

Para analisar o índice de esforço do cuidador informal face à **idade** foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 50). O resultado obtido evidencia, que os cuidadores com idade entre 50 e 60 anos são os que revelam maior índice de esforço e, os com idade superior a 60 anos menor índice de esforço. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $p=0.478$ ).

Tabela 50 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre índice de esforço e idade do cuidador

Índice de Esforço	Idade	< 50 anos	50 a 60 anos	> 60 anos	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Global</b>		41.56	47.11	39.63	1.476	0.478

Procurámos, entretanto, analisar em que medida o **sexo** discriminava o índice de esforço. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 51) observámos que as ordenações médias eram maiores no sexo feminino, o que traduz um maior índice de esforço, não existindo significância estatística entre o esforço e o sexo ( $p=0.603$ ).

Tabela 51 – Teste de *U Mann-Whitney* entre índice de esforço e sexo do cuidador

Índice de Esforço	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Global		38.00	43.38	207.000	-0.520	0.603

Com o propósito de verificarmos se o índice de esforço era discriminado pelo **estado civil** do cuidador efetuámos um teste t de *Student* para diferença de médias (cf. Tabela 52). Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas são aquelas que têm valor médio mais baixo de índice de esforço. Não há significância estatística nas diferenças encontradas entre o esforço e o estado civil ( $p=0.283$ ).

Tabela 52 – Teste t para diferenças de médias entre índice de esforço e estado civil do cuidador

Estado Civil Índice de Esforço	Solteiro/Viúvo/Divorciado		Casado/União de facto		Levenne p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Global	0.48	0.25	0.54	0.17	0.006	-1.086	0.283

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 53) para analisar índice de esforço do cuidador informal face à **escolaridade**. Do resultado alcançado observámos que os cuidadores com ensino superior são os que revelam maior índice de esforço, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada. Os cuidadores com escolaridade até ao terceiro ciclo têm menor índice de esforço. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas entre o esforço e a escolaridade ( $p=0.002$ ).

Tabela 53 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre índice de esforço e escolaridade do cuidador

Escolaridade Índice de Esforço	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Global	38.28	42.55	73.00	12.104	0.002

Foi realizado um teste t de *Student* (cf. Tabela 54), para verificar se o índice de esforço era diferenciado pela **situação profissional** do cuidador informal. Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas desempregadas apresentam índice médio mais alto de esforço. O teste t indica-nos que não há diferenças estatisticamente significativas entre o esforço e a situação profissional ( $p=0.846$ ).

Tabela 54 – Teste t para diferenças de médias entre índice de esforço e situação profissional do cuidador

Situação Profissional Índice de Esforço	Empregado		Desempregado		Levenne p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Global	0.51	0.17	0.52	0.23	0.327	-0.195	0.846

Realizámos o teste de *U Mann-Whitney* com o propósito de analisar em que medida o **agregado familiar** discriminava o índice de esforço (cf. Tabela 55). Através dos resultados encontrados averiguámos que as ordenações médias eram maiores na família alargada, o que traduz um maior índice de esforço. Não existe significância estatística para os resultados encontrados entre o esforço e o agregado familiar ( $p=0.908$ ).

Tabela 55 – Teste de *U Mann-Whitney* entre índice de esforço e agregado familiar do cuidador

Índice de Esforço	Agregado Familiar	Família Nuclear	Família Alargada	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Global		42.54	43.20	75.000	-0.116	0.908

Analisando a **sobrecarga** em função do índice de esforço (cf. Tabela 56), verificámos que 27.6% dos participantes sem esforço apresentava-se sem sobrecarga, não se existindo participantes com esforço e sem sobrecarga. Dos participantes com esforço 71.4% apresentavam sobrecarga intensa. Confirmámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) entre o esforço e a sobrecarga, para os participantes sem esforço e sem sobrecarga, bem como para os participantes com esforço e com sobrecarga intensa.

Tabela 56 – Caracterização da sobrecarga em função do índice de esforço do cuidador

Índice de Esforço	Sem Esforço		Com Esforço		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Sem Esforço.	Com Esforço	X <sup>2</sup>	p
Sobrecarga	(29)	(34.1)	(56)	(65.9)	(85)	(100.0)				
Sem Sobrecarga	8	27.6	-	0.0	8	9.4	4.1	-4.1		
Sobrecarga Ligeira	12	41.4	16	28.6	28	32.9	1.2	-1.2	*	0.000
Sobrecarga Intensa	9	31.0	40	71.4	49	57.6	-3.6	3.6		

\*Teste de Fisher

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 57) para analisar o índice de esforço do cuidador informal face à sobrecarga. O resultado obtido salienta que os cuidadores com

sobrecarga intensa são os que revelam maior índice de esforço, seguidos, por ordem decrescente, dos cuidadores com sobrecarga ligeira e por fim dos sem sobrecarga. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ).

Tabela 57 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre índice de esforço e sobrecarga do cuidador

Sobrecarga	Sem Sobrecarga	Sobrecarga Ligeira	Sobrecarga Intensa	$\chi^2$	p
	Índice de Esforço	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Global</b>	7.50	36.63	52.44	26.127	0.000

## 2.6. Apoio social funcional percebido pelo cuidador informal

Através da análise estatística relativa ao apoio social funcional, estudámos o apoio afetivo, o apoio de confidente e o global da escala, verificando-se que os valores mínimos e máximos oscilam entre 1.67 e 5.00 e os valores médios entre 3.50 e 3.88 (cf. Tabela 58). Os coeficientes de variação revelam uma dispersão moderada, os valores de achatamento mostram uma distribuição mesocúrtica e os valores de simetria uma distribuição simétrica.

Tabela 58 – Estatísticas relativas ao apoio social funcional

Apoio Social Funcional	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Fatores</b>							
Apoio Afetivo	1.67	4.83	3.50	0.85	24.28	-1.14	-1.73
Apoio de Confidente	2.20	5.00	3.88	0.82	21.13	-1.01	-1.87
<b>Global</b>	<b>2.00</b>	<b>4.91</b>	<b>3.68</b>	<b>0.74</b>	<b>20.10</b>	<b>-0.80</b>	<b>-1.73</b>

Ainda relativamente ao apoio social funcional, verificámos que 83.5% dos participantes apresentavam apoio normal e 16.5% dos participantes apoio baixo (cf. Tabela 59).

No que se refere às características sociodemográficas do cuidador em função do apoio social funcional, analisando a **idade** (cf. Tabela 59) verificámos que 42.9% dos participantes com apoio baixo tinham idade superior a 60 anos e 38.0% dos participantes com apoio normal apresentavam idade entre 50 e 60 anos. Apurámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, na idade entre a existência ou não de apoio ( $X^2=0.990$ ;  $p=0.664$ ).

Quanto ao **sexo** (cf. Tabela 59), observámos que a totalidade dos participantes que apresentava apoio baixo (100.0%), era do sexo feminino e não existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social funcional e o sexo ( $p=0.583$ ).

No que concerne ao **estado civil** os dados apresentados na tabela 59 mostram que 71.4% dos participantes com apoio baixo são casados ou em união de facto, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $X^2=0.332$ ;  $p=0.762$ ).

Analisando a **escolaridade** (cf. Tabela 59) apurámos que 50.0% dos participantes com apoio baixo têm ensino superior e 53.5% dos participantes com apoio normal têm até ao terceiro ciclo de escolaridade. Não existe nenhum participante com ensino superior com apoio normal. Verificámos diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) entre a existência ou não de apoio e a escolaridade, para os participantes com escolaridade até ao terceiro ciclo com apoio normal e para os participantes com ensino superior e apoio baixo.

Relativamente à **situação profissional** (cf. Tabela 59) verificámos que 71.4% dos participantes com apoio baixo eram desempregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre as variáveis ( $X^2=1.099$ ;  $p=0.380$ ).

Quanto ao **agregado familiar**, como se observa na tabela 59, 71.4% dos participantes tem apoio baixo e pertencia a uma família alargada e não existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social e o agregado familiar ( $X^2=0.032$ ;  $p=1.000$ ).

Tabela 59 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do apoio social funcional

Apoio Social Funcional Variáveis	Apoio Baixo		Apoio Normal		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (14)	% (16.5)	Nº (71)	% (83.5)	Nº (85)	% (100.0)	Apoio Baixo	Apoio Normal	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
< 50 anos	4	28.6	23	32.4	27	31.8	-0.3	0.3	0.990	0.664
50 a 60 anos	4	28.6	27	38.0	31	36.5	-0.7	0.7		
> 60 anos	6	42.9	21	29.6	27	31.8	1.0	-1.0		
<b>Sexo</b>										
Masculino	-	0.0	6	8.5	6	7.1	-1.1	1.1	*	0.583
Feminino	14	100.0	65	91.5	79	92.9	1.1	-1.1		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	4	28.6	26	36.6	30	35.3	-0.6	0.6	0.332	0.762
Casado/União de facto	10	71.4	45	63.4	55	64.7	0.6	-0.6		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	3	21.4	38	53.5	41	48.2	-2.2	<b>2.2</b>	*	0.000
Secundário	4	28.6	33	46.5	37	43.5	-1.2	1.2		
Superior	7	50.0	-	0.0	7	8.2	<b>6.2</b>	-6.2		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	4	28.6	31	43.7	35	41.2	-1.0	1.0	1.099	0.380
Desempregado	10	71.4	40	56.3	50	58.8	1.0	-1.0		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	4	28.6	22	31.0	26	30.6	-0.2	0.2	0.032	1.000
Família alargada	10	71.4	49	69.0	59	69.4	0.2	-0.2		

\*Teste de Fisher

Para analisar o apoio social funcional do cuidador informal face à **idade** foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 60). Pelo resultado obtido constatámos, que os cuidadores com idade inferior a 50 anos são os que revelam maior apoio afetivo e, os com idade superior a 60 anos menor apoio afetivo. Ainda, os cuidadores com idade entre 50 e 60 anos são os que revelam maior apoio de confidente, por oposição aos com idade inferior a 50 anos. No global do apoio social funcional verificámos que os cuidadores com maior apoio têm entre 50 e 60 anos e os com menor apoio mais de 60 anos. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas para todos os resultados.

Tabela 60 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre apoio social funcional e idade do cuidador

Apoio Social Funcional	Idade	< 50 anos	50 a 60 anos	> 60 anos	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Apoio Afetivo</b>		51.00	48.26	28.96	13.059	0.001
<b>Apoio de Confidente</b>		36.48	52.16	39.00	6.947	0.031
<b>Global</b>		<b>44.98</b>	<b>50.37</b>	<b>32.55</b>	<b>7.794</b>	<b>0.020</b>

Procurámos, entretanto, saber em que medida o **sexo** discriminava o apoio social funcional. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 61) verificámos que as ordenações médias eram maiores no sexo masculino no apoio afetivo e no global e menores no apoio de confidente. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social e o sexo.

Tabela 61 – Teste de *U Mann-Whitney* entre apoio social funcional e sexo do cuidador

Apoio Social Funcional	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Apoio Afetivo		54.17	42.15	170.000	-1.153	0.249
Apoio de Confidente		37.25	43.44	202.500	-0.596	0.551
Global		<b>48.92</b>	<b>42.55</b>	<b>201.500</b>	<b>-0.610</b>	<b>0.542</b>

Com o objetivo de verificarmos se o apoio social funcional era discriminado pelo **estado civil** do cuidador realizámos um teste t de *Student* para diferença de médias (cf. Tabela 62). Determinámos pelos resultados obtidos que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas são aquelas que têm valor médio mais baixo de apoio social funcional, quer nos dois fatores da escala, quer no global. Não há significância estatística nas diferenças encontradas entre as variáveis.

Tabela 62 – Teste t para diferenças de médias entre apoio social funcional e estado civil do cuidador

Estado Civil Apoio Social Funcional	Solteiro/Viúvo/Divorciado		Casado/União de facto		Levene p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Apoio Afetivo	3.43	0.78	3.54	0.89	0.561	-0.589	0.558
Apoio de Confidente	3.66	0.82	4.01	0.80	0.533	-1.872	0.065
Global	<b>3.53</b>	<b>0.65</b>	<b>3.75</b>	<b>0.78</b>	<b>0.677</b>	<b>-1.303</b>	<b>0.196</b>

Para analisar o apoio social funcional do cuidador informal face à **escolaridade** foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 63). Do resultado obtido é evidente, que os cuidadores com ensino secundário são os que revelam maior apoio afetivo e de confidente e, os com ensino superior menor apoio afetivo e de confidente, o que se repercute no valor global de apoio social funcional. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas para todos os resultados.

Tabela 63 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre apoio social funcional e escolaridade do cuidador

Escolaridade Apoio Social Funcional	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Apoio Afetivo	45.22	47.32	7.14	16.344	0.000
Apoio de Confidente	45.77	45.86	11.64	12.463	0.002
<b>Global</b>	<b>46.06</b>	<b>46.88</b>	<b>4.57</b>	<b>18.563</b>	<b>0.000</b>

Foi realizado um teste t de *Student* (cf. Tabela 64), para verificar se o apoio social funcional era diferenciado pela **situação profissional** do cuidador informal. Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas empregadas apresentam índice médio mais alto de apoio social funcional. O teste t indica-nos que não há, entre as variáveis, diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 64 – Teste t para diferenças de médias entre apoio social funcional e situação profissional do cuidador

Situação Profissional Apoio Social Funcional	Empregado		Desempregado		Levenne p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Apoio Afetivo	3.52	0.81	3.49	0.89	0.209	0.143	0.887
Apoio de Confidente	3.91	0.78	3.87	0.85	0.777	0.232	0.817
<b>Global</b>	<b>3.70</b>	<b>0.72</b>	<b>3.66</b>	<b>0.76</b>	<b>0.952</b>	<b>0.206</b>	<b>0.837</b>

Realizámos o teste de *U Mann-Whitney* para saber em que medida o **agregado familiar** discriminava o apoio social funcional (cf. Tabela 65). Verificámos que as ordenações médias eram maiores para a família nuclear, em todas as dimensões, no entanto, não existe significância estatística para os resultados encontrados.

Tabela 65 – Teste de *U Mann-Whitney* entre apoio social funcional e agregado familiar do cuidador

Agregado Familiar Apoio Social Funcional	Família Nuclear	Família Alargada	UMW	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média			
Apoio Afetivo	43.98	42.57	741.5000	-0.244	0.807
Apoio de Confidente	46.10	41.64	686.500	-0.772	0.440
<b>Global</b>	<b>45.60</b>	<b>41.86</b>	<b>699.500</b>	<b>-0.645</b>	<b>0.519</b>

Analisando a **sobrecarga** em função do apoio social funcional (cf. Tabela 66), verificámos que todos os participantes com apoio social funcional baixo apresentavam

sobrecarga intensa. Ainda, dos participantes com apoio social funcional normal 49.3% apresentavam sobrecarga intensa, 39.4% apresentavam sobrecarga ligeira e 11.3% não apresentavam sobrecarga. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.002$ ) entre o apoio social funcional e a sobrecarga, para os participantes com apoio social funcional baixo e sobrecarga intensa, bem como para os participantes com apoio social funcional normal e com sobrecarga ligeira.

Tabela 66 – Caracterização da sobrecarga em função do apoio social funcional do cuidador

Duke	Apoio Baixo		Apoio Normal		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (14)	% (16.5)	Nº (71)	% (83.5)	Nº (85)	% (100.0)	Apoio Baixo	Apoio Normal	X <sup>2</sup>	p
<b>Sobrecarga</b>										
Sem Sobrecarga	-	0.0	8	11.3	8	9.4	-1.3	1.3		
Sobrecarga Ligeira	-	0.0	28	39.4	28	32.9	-2.9	<b>2.9</b>	*	0.002
Sobrecarga Intensa	14	100.0	35	49.3	49	57.6	<b>3.5</b>	-3.5		

\*Teste de Fisher

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 67) para analisar o apoio social funcional do cuidador informal face à sobrecarga. Do resultado obtido sobressai que os cuidadores com sobrecarga ligeira são os que revelam maior apoio social em todos os fatores e no global, seguidos, por ordem decrescente, dos cuidadores sem sobrecarga e por fim dos com sobrecarga intensa. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas.

Tabela 67 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre apoio social funcional e sobrecarga do cuidador

Duke	Sobrecarga	Sem Sobrecarga	Sobrecarga Ligeira	Sobrecarga Intensa	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
	<b>Apoio Afetivo</b>	42.31	56.57	35.36	13.254	0.001
	<b>Apoio de Confidente</b>	52.94	52.96	35.68	10.290	0.006
	<b>Global</b>	48.00	56.48	34.48	14.561	0.001

Analisando o **índice de esforço** em função do apoio social funcional (cf. Tabela 68), verificámos que 78.6% dos participantes com apoio social funcional baixo, e 63.4% dos participantes com apoio social funcional normal, apresentavam esforço. Apenas 21.4% dos participantes com apoio social funcional baixo, e 36.6% dos participantes com apoio social funcional normal, não apresentavam esforço. Verificámos que as diferenças encontradas, entre as variáveis, não são estatisticamente significativas ( $p=0.363$ ).

Tabela 68 – Caracterização do índice de esforço em função do apoio social funcional do cuidador

Duke	Apoio Baixo		Apoio Normal		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (14)	% (16.5)	Nº (71)	% (83.5)	Nº (85)	% (100.0)	Apoio Baixo	Apoio Normal	X <sup>2</sup>	p
Sem Esforço	3	21.4	26	36.6	29	34.1	-1.1	1.1	1.201	0.363
Com Esforço	11	78.6	45	63.4	56	55.9	1.1	-1.1		

Procurámos, confirmar em que medida o índice de esforço discriminava o apoio social funcional. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* tal como se apresenta na tabela 69 averiguámos que as ordenações médias eram maiores nas pessoas sem esforço, o que traduz um melhor apoio social. Não existindo, no entanto, significância estatística para os resultados encontrados.

Tabela 69 – Teste de *U Mann-Whitney* entre apoio social funcional e índice de esforço do cuidador

Duke	Índice de Esforço	Sem Esforço	Com Esforço	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
	Apoio Afetivo	46.21	41.34	719.000	-0.865	0.387
	Apoio de Confidente	46.19	41.35	719.500	-0.863	0.388
	Total	46.48	41.20	711.00	-0.937	0.349

## 2.7. Capacidade funcional da pessoa dependente

A análise estatística relativa à capacidade funcional da pessoa dependente, mostra-nos que os valores mínimos e máximos oscilam entre 0.00 e 53.00, relativamente ao autocuidado e entre 0.00 e 47.00 relativamente à mobilidade, que em ambas as situações correspondem aos valores extremos das subescalas. No global da escala os valores situam-se entre 0.00 (valor mínimo da escala) e 93.00, abaixo do valor máximo da escala (100.00), situando-se entre a dependência total e a dependência escassa. Os valores médios são 15.44 e 13.74, para o autocuidado e para a mobilidade, respetivamente. O valor médio do global da escala é 29.18, com desvio padrão de 28.64, o que corresponde a uma dependência severa da pessoa dependente. (cf. Tabela 70). Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada, os valores de achatamento mostram uma distribuição mesocúrtica e os valores de simetria uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda.

Tabela 70 – Estatísticas relativas à capacidade funcional

Fatores	<i>Barthel</i>	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Autocuidado</b>		0.00	53.00	15.44	14.41	93.32	2.54	-1.29
<b>Mobilidade</b>		0.00	47.00	13.74	16.54	120.37	2.91	-1.91
<b>Global</b>		<b>0.00</b>	<b>93.00</b>	<b>29.18</b>	<b>28.64</b>	<b>98.14</b>	<b>3.12</b>	<b>-1.00</b>

Sobre a capacidade funcional em função do sexo (cf. Tabela 71) a análise estatística mostra-nos que os participantes do sexo feminino registaram valores médios de capacidade funcional superiores aos do sexo masculino, revelando menor dependência funcional no autocuidado, mobilidade e no total. Os valores de simetria indicam uma distribuição assimétrica positiva, exceto para o sexo feminino na subescala do autocuidado em que a distribuição é simétrica. Os valores de achatamento apontam para uma distribuição mesocúrtica e o coeficiente de variação indica uma dispersão elevada os dados.

Tabela 71 – Estatísticas relativas à capacidade funcional em função do sexo da pessoa dependente

Sexo	<i>Barthel</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Autocuidado</b>									
Masculino		36	0.00	47.00	10.88	15.34	140.99	3.14	0.09
Feminino		49	0.00	53.00	18.79	12.85	68.38	1.51	-0.61
<b>Mobilidade</b>									
Masculino		36	0.00	46.00	11.63	16.85	144.88	2.39	-1.15
Feminino		49	0.00	47.00	15.28	16.30	106.67	2.01	-1.44
<b>Total</b>									
Masculino		<b>36</b>	<b>0.00</b>	<b>93.00</b>	<b>22.52</b>	<b>31.08</b>	<b>138.01</b>	<b>2.91</b>	<b>-0.38</b>
Feminino		<b>49</b>	<b>0.00</b>	<b>90.00</b>	<b>34.08</b>	<b>25.95</b>	<b>76.14</b>	<b>2.34</b>	<b>-0.24</b>

Ainda analisando a capacidade funcional da pessoa dependente (cf. Tabela 72), verificámos que a maioria dos participantes apresentava dependência total (44.7%), seguida dos com dependência severa (34.1%) e por fim com dependência moderada ou escassa (21.2%).

Analisando as características sociodemográficas da pessoa dependente em função da capacidade funcional, relativamente à **idade** (cf. Tabela 72) verificámos que 89.5% dos participantes com dependência total, 65.5% dos participantes com dependência severa e 50.0% dos participantes com dependência moderada ou escassa eram idosos (idade superior a 75 anos). Apurámos ainda que 5.3% dos participantes com dependência total, 10.3% com dependência severa e 22.2% com dependência moderada ou escassa eram adultos (idade

inferior ou igual a 64 anos). Confirmámos assim que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o nível de dependência, para os participantes idosos com dependência total ( $X^2=11.592$ ;  $p=0.021$ ).

No que se refere ao **sexo** (cf. Tabela 72), verificámos que 60.5% dos participantes com dependência total eram do sexo masculino e 39.6% do sexo feminino, 82.8% dos participantes com dependência severa eram do sexo feminino e 17.2% do sexo masculino e 55.6% dos participantes com dependência moderada ou escassa eram do sexo feminino e 44.4% do sexo masculino. Certificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o nível de dependência, para os participantes do sexo masculino com dependência total e para os participantes do sexo feminino com dependência severa ( $X^2=12.663$ ;  $p=0.002$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 72) 71.1% dos participantes com dependência total são casados e 28.9% solteiros, viúvos ou divorciados, 69.0% dos participantes com dependência severa são solteiros, viúvos ou divorciados e 31.0% são casados e 50.0% dos participantes com dependência moderada ou escassa são solteiros, viúvos ou divorciados e em igual proporção são casados. Validámos a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=10.652$ ;  $p=0.005$ ) entre o estado civil e o nível de dependência, para os participantes solteiros, viúvos ou divorciados com dependência severa e para os casados com dependência total.

Tabela 72 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função da capacidade funcional

Variáveis	Total		Severa		Moderada/ Escassa		Total		Residuais Ajustados			Teste Qui-quadrado	
	Nº (38)	% (44.7)	Nº (29)	% (34.1)	Nº (18)	% (21.2)	Nº (85)	% (100.0)	Total	Severa	Moderada/ Escassa	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>													
Adulto	2	5.3	3	10.3	4	22.2	9	10.6	-1.4	-0.1	1.8	11.592	0.021
Jovem idoso	2	5.3	7	24.1	5	27.8	14	16.5	-2.5	1.4	1.5		
Idoso	34	89.5	19	65.5	9	50.0	62	42.9	<b>3.1</b>	-1.1	-2.5		
<b>Sexo</b>													
Masculino	23	60.5	5	17.2	8	44.4	36	42.4	<b>3.0</b>	-3.4	0.2	12.663	0.002
Feminino	15	39.6	24	82.8	10	55.6	40	57.6	-3.0	<b>3.4</b>	-0.2		
<b>Estado Civil</b>													
Solteiro/Viúvo/ Divorciado	11	28.9	20	69.0	9	50.0	40	47.1	-3.0	<b>2.9</b>	0.3	10.652	0.005
Casado	27	71.1	9	31.0	9	50.0	45	52.9	<b>3.0</b>	-2.9	-0.3		

Para avaliar se a capacidade funcional era discriminada pelo **sexo** da pessoa dependente efetuámos um teste t de *Student* para diferença de médias (cf. Tabela 73).

Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas do sexo feminino são aquelas que têm valor médio mais alto de capacidade funcional, quer nos dois fatores da escala quer no global. Não há significância estatística nas diferenças encontradas entre a capacidade funcional e o sexo, exceto no autocuidado ( $t=-2.581$ ,  $p=0.012$ ).

Tabela 73 – Teste t para diferenças de médias entre capacidade funcional e sexo da pessoa dependente

Barthel	Sexo	Masculino		Feminino		Levene p	t	p
		Média	D.P.	Média	D.P.			
Autocuidado		10.88	15.34	18.79	12.85	0.339	-2.581	0.012
Mobilidade		11.63	16.85	15.28	16.30	0.658	-1.004	0.318
Global		<b>22.52</b>	<b>31.08</b>	<b>34.08</b>	<b>25.95</b>	<b>0.101</b>	<b>-1.864</b>	<b>0.066</b>

## 2.8. Declínio cognitivo da pessoa dependente

Os resultados da análise estatística relativa ao declínio cognitivo da pessoa dependente (cf. Tabela 74), revelam valores mínimos e máximos entre 2.90 e 5.00 e um valor médio de 4.32, no total. Os homens registaram valores médios de declínio cognitivo, inferiores aos das mulheres, 3.25 com um desvio padrão de 0.10 *versus* 4.40 com um desvio padrão de 0.71. Os valores de simetria e achatamento indicam uma distribuição assimétrica negativa com curva platicúrtica no total, distribuição simétrica com curva mesocúrtica nos participantes do sexo masculino e distribuição assimétrica negativa com curva mesocúrtica nos participantes do sexo feminino. O coeficiente de variação indica uma dispersão fraca face ao declínio cognitivo, nos participantes do sexo masculino e dispersão moderada no sexo feminino e no total.

Tabela 74 – Estatísticas relativas ao declínio cognitivo em função do sexo da pessoa dependente

Sexo	IQCODE	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino		36	3.10	3.40	3.25	0.10	3.07	0	-0.14
Feminino		49	2.90	5.00	4.40	0.71	16.13	-3.07	-1.82
Total		<b>85</b>	<b>2.90</b>	<b>5.00</b>	<b>4.32</b>	<b>0.75</b>	<b>17.36</b>	<b>-2.31</b>	<b>-2.68</b>

Ainda relativamente ao declínio cognitivo, verificámos que 64.7% dos participantes apresentavam declínio e 35.3% dos participantes pouca mudança cognitiva (cf. Tabela 75).

Pela análise das características sociodemográficas da pessoa dependente em função declínio cognitivo, relativamente à **idade** (cf. Tabela 75) verificámos que 83.6% dos participantes com declínio cognitivo eram idosos e 5.5% eram adultos e ainda que 53.3% dos participantes com pouca mudança a nível cognitivo eram idosos e 20.0% adultos. Atestámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o estado cognitivo, para os adultos com pouca mudança e para os idosos com declínio cognitivo ( $X^2=9.249$ ;  $p=0.010$ ).

Relativamente ao **sexo** (cf. Tabela 75), apurámos que a maioria dos participantes que apresentava declínio cognitivo (54.50%) era do sexo feminino e que não existem diferenças estatisticamente significativas nos participantes, entre as variáveis ( $X^2=0.614$ ;  $p=0.433$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 75) a maioria dos participantes com pouca mudança a nível cognitivo (60.0%) são solteiros, viúvos ou divorciados e a maioria dos participantes com declínio cognitivo (60.0%) são casados. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o declínio cognitivo e o estado civil ( $X^2=3.117$ ;  $p=0.077$ ).

No que se refere à **escolaridade** (cf. Tabela 75) confirmámos que 54.7% dos participantes com declínio cognitivo têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 27.3% são analfabetos e 18.2% têm o ensino secundário ou superior. Ainda, dos participantes com pouca mudança a nível cognitivo 83.3% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 10.0% têm ensino superior ou secundário e 6.7% são analfabetos. Observámos diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e o estado cognitivo, para os participantes analfabetos com declínio cognitivo e para os participantes com escolaridade até ao terceiro ciclo com pouca mudança cognitiva ( $p=0.147$ ).

Tabela 75 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do declínio cognitivo

Variáveis	Pouca Mudança		Declínio		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (30)	% (35.3)	Nº (55)	% (64.7)	Nº (85)	% (100.0)	Pouca Mudança	Declínio	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
Adulto	6	20.0	3	5.5	9	10.6	2.1	-2.1	9.249	0.010
Jovem idoso	8	26.7	6	10.9	14	16.5	1.9	-1.9		
Idoso	16	53.3	76	83.6	62	72.9	-3.0	3.0		
<b>Sexo</b>										
Masculino	11	36.7	25	45.5	36	42.4	-0.8	0.8	0.614	0.433
Feminino	19	63.3	30	54.5	49	57.6	0.8	-0.8		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	19	60.0	22	40.0	40	47.1	1.8	-1.8	3.117	0.077
Casado	12	40.0	33	60.0	45	52.6	-1.8	1.8		
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	2	6.7	15	27.3	17	20.0	-2.3	2.3	7.457	0.024
Até ao 3º ciclo	25	83.3	30	54.7	55	64.7	2.7	-2.7		
Secundário/Superior	3	10.0	10	18.2	13	15.3	-1.0	1.0		

Analisando a **capacidade funcional** em função do declínio cognitivo (cf. Tabela 76), verificamos que 65.5% dos participantes com declínio cognitivo apresentavam dependência total e 56.7% dos participantes pouca mudança a nível cognitivo apresentavam dependência moderada ou escassa. Apenas 1.8% dos participantes com declínio cognitivo mostravam dependência moderada ou escassa e 6.7% dos participantes com pouca mudança cognitiva apresentavam dependência total. Confirmamos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) entre o estado cognitivo e o nível de dependência, para os participantes com declínio cognitivo e dependência total, assim como para os participantes com pouca mudança cognitiva e dependência moderada ou escassa.

Tabela 76 – Caracterização da capacidade funcional em função do declínio cognitivo da pessoa dependente

Barthel/Dependência	Pouca Mudança		Declínio		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (30)	% (35.3)	Nº (55)	% (64.7)	Nº (85)	% (100.0)	Pouca Mudança	Declínio	X <sup>2</sup>	p
Total	2	6.7	36	65.5	38	44.7	-5.2	5.2	42.671	0.000
Severa	11	36.7	18	32.7	29	34.1	0.4	-0.4		
Moderada/Escassa	17	56.7	1	1.8	18	21.2	5.9	-5.9		

## 2.9. Ansiedade, Depressão e Stress do cuidador informal

Da análise estatística dos dados relativos à ansiedade, depressão e stress, evidenciamos valores mínimos e máximos que oscilam entre 0.00 e 32.00 para a ansiedade, e entre 0.00 e 0.40 para a depressão e o stress (cf. Tabela 77). Os valores médios oscilam entre 7.88, correspondente à ansiedade, e 14.96, correspondente ao stress. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada em todas as subescalas. Os valores de achatamento mostram uma distribuição mesocúrtica e os valores de simetria uma distribuição assimétrica positiva, ou seja, enviesada à esquerda.

Tabela 77 – Estatísticas relativas à ansiedade, depressão e stress

Fatores	EADS	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Ansiedade		0.00	32.00	7.88	8.14	103.29	3.73	0.26
Depressão		0.00	40.00	10.54	9.89	93.83	4.55	1.53
Stress		0.00	40.00	14.96	9.71	64.90	3.71	1.01

Relativamente à **ansiedade**, verificámos que 38.8% dos participantes apresentavam ansiedade e 61.2% dos participantes não apresentavam ansiedade (cf. Tabela 78).

Ao analisar as características sociodemográficas do cuidador em função da ansiedade, quanto à **idade** (cf. Tabela 78) verificámos que 54.5% dos participantes com ansiedade apresentavam idade entre 50 e 60 anos e 46.2% dos participantes sem ansiedade tinham menos de 50 anos. Apurámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=13.922$ ;  $p=0.001$ ) entre a ansiedade e a idade, para os participantes com menos de 50 anos e sem ansiedade e para os que têm entre 50 e 60 anos com ansiedade.

Relativamente ao **sexo** (cf. Tabela 78), averiguámos que a maioria dos participantes que apresentava ansiedade (97.0%) era do sexo feminino. Confirmámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos participantes entre a ansiedade e o sexo ( $X^2=1.334$ ;  $p=0.248$ ).

Quanto ao **estado civil** (cf. Tabela 78) 75.8% dos participantes com ansiedade são casados ou em união de facto. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $X^2=2.885$ ;  $p=0.089$ ).

No que respeita à **escolaridade** (cf. Tabela 78) apurámos que 48.5% dos participantes com ansiedade têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 33.3% têm o ensino secundário e 18.2% o ensino superior. Ainda dos participantes sem ansiedade 48.1% têm até ao terceiro

ciclo de escolaridade, 50.0% o ensino secundário e 1.9% o ensino superior. Verificámos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=7.769$ ;  $p=0.021$ ) entre a ansiedade e a escolaridade, para os participantes com ensino superior e com ansiedade.

Relativamente à **situação profissional** como se pode observar na tabela 78, 57.6% dos participantes com ansiedade eram desempregados e 42.4% empregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas ( $X^2=0.035$ ;  $p=0.852$ ) entre a ansiedade e a situação profissional.

Analisando a variável **agregado familiar** (cf. Tabela 78) verificámos que 60.6% dos participantes com ansiedade pertencia a uma família alargada e 39.4% a uma família nuclear. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre as variáveis ( $X^2=1.970$ ;  $p=0.160$ ).

Tabela 78 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da ansiedade

Ansiiedade	Normal		Com Ansiedade		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (52)	% (61.2)	Nº (33)	% (38.8)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Ansiedade	X <sup>2</sup>	p
<b>Variáveis</b>										
<b>Idade</b>										
< 50 anos	24	46.2	3	9.1	27	31.8	3.6	-3.6	13.922	0.001
50 a 60 anos	13	25.0	18	54.5	31	36.5	-2.8	2.8		
> 60 anos	15	28.8	12	36.4	27	31.8	-0.7	0.7		
<b>Sexo</b>										
Masculino	5	9.6	1	3.0	6	7.1	1.2	-1.2	1.334	0.248
Feminino	47	90.4	32	97.0	79	92.9	-1.2	1.2		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	22	42.3	8	24.2	30	35.3	1.7	-1.7	2.885	0.089
Casado/União de facto	30	57.7	25	75.8	55	64.7	-1.7	1.7		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	25	48.1	16	48.5	41	48.2	0.0	0.0	7.769	0.021
Secundário	26	50.0	11	33.3	37	43.5	1.5	-1.5		
Superior	1	1.9	6	18.2	7	8.2	-2.7	2.7		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	21	40.4	14	42.4	35	41.2	-0.2	0.2	0.035	0.852
Desempregado	31	59.6	19	57.6	50	58.8	0.2	-0.2		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	13	25.0	13	39.4	26	30.6	-1.4	1.4	1.970	0.160
Família alargada	39	75.0	20	60.6	59	69.4	1.4	-1.4		

Relativamente à **depressão**, verificámos que 42.4% dos participantes apresentavam depressão e 57.6% dos participantes não apresentavam depressão (cf. Tabela 79).

Pela análise das características sociodemográficas do cuidador em função da depressão, no que concerne à **idade** (cf. Tabela 79), observámos que 41.7% dos participantes com depressão apresentavam idade entre 50 e 60 anos e 36.7% dos participantes sem

depressão tinham menos de 50 anos. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a depressão e a idade ( $X^2=1.410$ ;  $p=0.494$ ).

Relativamente ao **sexo** (cf. Tabela 79), averiguámos que a maioria dos participantes que apresentava depressão (91.7%) era do sexo feminino. Confirmámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos participantes entre a depressão e o sexo ( $X^2=0.155$ ;  $p=0.694$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 79) 34.1% dos participantes com depressão são casados ou em união de facto e 46.9% dos participantes sem depressão são solteiros, viúvos ou divorciados. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6.869$ ;  $p=0.009$ ) entre a depressão e o estado civil, para os participantes solteiros, viúvos ou divorciados sem depressão e para os casados ou em união de facto com depressão.

Quanto à **escolaridade** os dados apresentados na tabela 79 mostram que 52.8% dos participantes com depressão têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 30.6% têm o ensino secundário e 16.7% o ensino superior. Dos participantes sem depressão 44.9% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 53.1% o ensino secundário e 2.0% o ensino superior. Atestámos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8.073$ ;  $p=0.018$ ) entre a depressão e a escolaridade, para os participantes com ensino secundário sem depressão e para os participantes com ensino superior e com depressão.

No que concerne à **situação profissional** (cf. Tabela 79) observámos que 52.8% dos participantes com depressão eram empregados e 47.2% desempregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre a depressão e a situação profissional ( $X^2=3.470$ ;  $p=0.062$ ).

Analisando a variável **agregado familiar** (cf. Tabela 79) apurámos que 63.9% dos participantes com depressão pertencia a uma família alargada e 36.1% a uma família nuclear. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre a depressão e o agregado familiar ( $X^2=0.897$ ;  $p=0.344$ ).

Tabela 79 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da depressão

Depressão	Normal		Com Depressão		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (49)	% (57.6)	Nº (36)	% (42.4)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Depressão	X <sup>2</sup>	p
<b>Variáveis</b>										
<b>Idade</b>										
< 50 anos	18	36.7	9	25.0	27	31.8	1.1	-1.1	1.410	0.494
50 a 60 anos	16	32.7	15	41.7	31	36.5	-0.9	0.9		
> 60 anos	15	30.6	12	33.3	27	31.8	-0.3	0.3		
<b>Sexo</b>										
Masculino	3	6.1	3	8.3	6	7.1	-0.4	0.4	0.155	0.694
Feminino	46	93.9	33	91.7	79	92.9	0.4	-0.4		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	23	46.9	7	19.4	30	35.3	<b>2.6</b>	-2.6	6.869	0.009
Casado/União de facto	26	53.1	29	34.1	55	64.7	-2.6	<b>2.6</b>		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	22	44.9	19	52.8	41	48.2	-0.7	0.7	8.073	0.018
Secundário	26	53.1	11	30.6	37	43.5	<b>2.1</b>	-2.1		
Superior	1	2.0	6	16.7	7	8.2	-2.4	<b>2.4</b>		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	16	32.7	19	52.8	35	41.2	-1.9	1.9	3.470	0.062
Desempregado	33	67.3	17	47.2	50	58.8	1.9	-1.9		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	13	26.5	13	36.1	26	30.6	-0.9	0.9	0.897	0.344
Família alargada	36	73.5	23	63.9	59	69.4	0.9	-0.9		

Em relação ao **stress**, verificámos que 44.7% dos participantes apresentavam stress e 55.3% dos participantes não apresentavam stress (cf. Tabela 80).

Ao analisar as características sociodemográficas do cuidador em função do stress, no que concerne à **idade**, como representado na tabela 80, averiguámos que 47.4% dos participantes com stress apresentavam idade entre 50 e 60 anos e 26.3% menos de 50 anos e em igual proporção mais de 60 anos. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $X^2=3.523$ ;  $p=0.172$ ).

Relativamente ao **sexo** (cf. Tabela 80), constatámos que a maioria dos participantes que apresentava stress (94.7%) era do sexo feminino. Confirmámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos participantes entre o stress e o sexo ( $X^2=0.338$ ;  $p=0.561$ ).

Em relação à variável **estado civil** (cf. Tabela 80) 65.8% dos participantes com stress são casados ou em união de facto e 34.2% são solteiros, viúvos ou divorciados. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o stress e o estado civil ( $X^2=0.035$ ;  $p=0.851$ ).

No que respeita à **escolaridade** os dados apresentados na tabela 80 mostram que 50.0% dos participantes com stress têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 34.2% têm o

ensino secundário e 15.8% o ensino superior. Ainda dos participantes sem stress 46.8% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 51.1% o ensino secundário e 2.1% o ensino superior. Confirmámos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6178$ ;  $p=0.046$ ) entre o stress e a escolaridade, para os participantes com ensino superior com stress.

Quanto à **situação profissional** (cf. Tabela 80) verificámos que 52.6% dos participantes com stress eram desempregados e 47.4% empregados. Estatisticamente não existem diferenças significativas nos resultados encontrados ( $X^2=1.088$ ;  $p=0.297$ ).

Analisando a variável **agregado familiar** (cf. Tabela 80) observámos que 65.8% dos participantes com stress pertencem a uma família alargada e 34.2% a uma família nuclear. Estatisticamente não existem diferenças significativas entre as variáveis ( $X^2=0.425$ ;  $p=0.515$ ).

Tabela 80 – Caracterização sociodemográfica do cuidador em função do stress

Stress	Normal		Com Stress		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (47)	% (55.3)	Nº (38)	% (44.7)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Stress	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
< 50 anos	17	36.2	10	26.3	27	31.8	1.0	-1.0	3.523	0.172
50 a 60 anos	13	37.7	18	47.4	31	36.5	-1.9	1.9		
> 60 anos	17	36.2	10	26.3	27	31.8	1.0	-1.0		
<b>Sexo</b>										
Masculino	4	8.5	2	5.3	6	7.1	0.6	-0.6	0.338	0.561
Feminino	43	91.5	36	94.7	79	92.9	-0.6	0.6		
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	17	36.2	13	34.2	30	35.3	0.2	-0.2	0.035	0.851
Casado/União de facto	30	63.8	25	65.8	55	64.7	-0.2	0.2		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º ciclo	22	46.8	19	50.0	41	48.2	-0.3	0.3	6.178	0.046
Secundário	24	51.1	13	34.2	37	43.5	1.6	-1.6		
Superior	1	2.1	6	15.8	7	8.2	-2.3	2.3		
<b>Situação Profissional</b>										
Empregado	17	36.2	18	47.4	35	41.2	-1.0	1.0	1.088	0.297
Desempregado	30	63.8	20	52.6	50	58.8	1.0	-1.0		
<b>Agregado Familiar</b>										
Família nuclear	13	27.7	13	34.2	26	30.6	-0.7	0.7	0.425	0.515
Família alargada	34	72.3	25	65.8	59	69.4	0.7	-0.7		

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 81) para analisar a **ansiedade, depressão e stress** do cuidador informal face à **idade**. Do resultado obtido ressaltamos que os cuidadores com idade entre os 50 e 60 anos são os que revelam maior ansiedade, depressão e stress. Os cuidadores com menor ansiedade têm menos de 50 anos, os com menor depressão e stress mais de 60 anos. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a ansiedade ( $p=0.023$ ).

Tabela 81 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre ansiedade, depressão e stress e idade do cuidador

EADS	Idade	< 50 anos	50 a 60 anos	> 60 anos	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		35.04	52.13	40.48	7.564	0.023
Depressão		40.96	47.10	40.33	1.376	0.503
Stress		39.31	49.53	39.19	3.446	0.179

Procurando perceber em que medida o **sexo** discriminava a ansiedade, depressão e stress do cuidador realizámos o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 82). Verificámos que as ordenações médias eram maiores, no sexo masculino, na ansiedade e depressão e menores no stress. Não existe significância estatística para os resultados encontrados.

Tabela 82 – Teste de *U Mann-Whitney* entre ansiedade, depressão e stress e sexo do cuidador

EADS	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Ansiedade		44.92	42.85	225.500	-0.200	0.841
Depressão		47.75	42.64	208.500	-0.493	0.622
Stress		33.17	43.75	178.000	-1.016	0.309

Foi realizado um teste t de *Student* (cf. Tabela 83), para verificar se a ansiedade, depressão e stress eram discriminados pelo **estado civil** do cuidador informal. Notámos pelos resultados obtidos que as pessoas casadas ou em união de facto apresentam índice médio mais alto de ansiedade e depressão e as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas índices mais elevados de stress. O teste t indica-nos que as diferenças são estatisticamente significativas entre os dois grupos para a depressão ( $t=-2.014$ ,  $p=0.047$ ).

Tabela 83 – Teste t para diferenças de médias entre ansiedade, depressão e stress e estado civil do cuidador

EADS	Estado Civil	Solteiro/Viúvo/Divorciado		Casado/União de facto		Levene p	t	p
		Média	D.P.	Média	D.P.			
Ansiedade		3.16	3.76	4.36	4.20	0.144	-1.300	0.197
Depressão		3.83	5.01	6.05	4.77	0.643	-2.014	0.047
Stress		7.53	5.30	7.45	4.64	0.551	0.071	0.944

Com o propósito de analisar a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal face à **escolaridade** aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 84). Os resultados obtidos salientam que os cuidadores com ensino superior apresentam maior ansiedade, depressão e stress e os cuidadores com ensino secundário são os que revelam menor ansiedade, depressão e stress. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas.

Tabela 84 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre ansiedade, depressão e stress e escolaridade do cuidador

EADS	Escolaridade	Até ao 3º ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		42.57	38.50	69.29	9.471	0.009
Depressão		45.44	35.08	70.57	13.165	0.001
Stress		41.65	38.32	75.64	13.807	0.001

Foi utilizado o teste t de *Student* (cf. Tabela 85), para verificar se a ansiedade, depressão e stress eram discriminados pela **situação profissional** do cuidador informal. Observámos pelos resultados obtidos que as pessoas empregadas apresentam índice médio mais alto de ansiedade, depressão e stress. O teste t indica-nos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 85 – Teste t para diferenças de médias entre ansiedade, depressão e stress e situação profissional do cuidador

Situação Profissional EADS	Empregado		Desempregado		Levene p	t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Ansiedade	4.42	5.04	3.60	3.23	0.001	0.856	0.396
Depressão	6.65	6.29	4.30	3.48	0.000	2.011	0.050
Stress	8.57	5.48	6.72	4.26	0.273	1.750	0.084

Realizámos o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 86) para analisar em que medida o **agregado familiar** discriminava a ansiedade, depressão e stress e verificámos que as ordenações médias eram maiores na família nuclear. Existe significância estatística entre os grupos apenas para o stress (p=0.028).

Tabela 86 – Teste de *U Mann-Whitney* entre ansiedade, depressão e stress e agregado familiar do cuidador

EADS	Agregado Familiar	Família Nuclear	Família Alargada	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Ansiedade		48.79	40.45	616.500	-1.458	0.145
Depressão		49.50	40.14	598.000	-1.625	0.104
Stress		51.83	39.11	537.500	-2.198	0.028

Analisando a **sobrecarga** em função da ansiedade (cf. Tabela 87), verificámos que 63.6% dos participantes com ansiedade apresentavam sobrecarga intensa, 27.3% sobrecarga ligeira e 9.1% sem sobrecarga. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos ( $X^2=0.868$ ;  $p=0.648$ ).

Tabela 87 – Caracterização da sobrecarga em função da ansiedade do cuidador

Ansiedade	Normal		Com Ansiedade		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Normal	Com Ansiedade	X <sup>2</sup>	p
<b>Sobrecarga</b>	(52)	(61.2)	(33)	(38.8)	(85)	(100.0)				
Sem Sobrecarga	5	9.6	3	9.1	8	9.4	0.1	-0.1	0.868	0.648
Sobrecarga Ligeira	19	36.5	9	27.3	28	32.9	0.9	-0.9		
Sobrecarga Intensa	28	53.8	21	63.6	49	57.6	-0.9	0.9		

Analisando a **sobrecarga** em função da depressão (cf. Tabela 88), verificámos que 75.0% dos participantes com depressão apresentavam sobrecarga intensa e 25.0% sobrecarga ligeira, não havendo participantes com depressão e sem sobrecarga. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.004$ ) entre a depressão e a sobrecarga, para os participantes com sobrecarga intensa e com depressão e para os participantes sem sobrecarga e sem depressão.

Tabela 88 – Caracterização da sobrecarga em função da depressão do cuidador

Depressão	Normal		Com Depressão		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Normal	Com Depressão	X <sup>2</sup>	p
<b>Sobrecarga</b>	(49)	(57.6)	(36)	(42.4)	(85)	(100.0)				
Sem Sobrecarga	8	16.3	-	0.0	8	9.4	2.5	-2.5	*	0.004
Sobrecarga Ligeira	19	38.8	9	25.0	28	32.9	1.3	-1.3		
Sobrecarga Intensa	22	44.9	27	75.0	49	57.6	-2.8	2.8		

\*Teste de Fisher

Analisando a **sobrecarga** em função do stress (cf. Tabela 89), verificámos que 78.9% dos participantes com stress apresentavam sobrecarga intensa e 21.1% sobrecarga ligeira, não havendo participantes com stress e sem sobrecarga. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.001$ ) entre o stress e a sobrecarga, para os participantes com sobrecarga intensa e com stress, e para os participantes sem sobrecarga e com sobrecarga ligeira e sem stress.

Tabela 89 – Caracterização da sobrecarga em função do stress do cuidador

Stress	Normal		Com Stress		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (47)	% (55.3)	Nº (38)	% (44.7)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Stress	X <sup>2</sup>	p
Sobrecarga										
Sem Sobrecarga	8	17.0	-	0.0	8	9.4	2.7	-2.7	*	0.001
Sobrecarga Ligeira	20	42.6	8	21.1	28	32.9	2.1	-2.1		
Sobrecarga Intensa	19	40.4	30	78.9	49	57.6	-3.6	3.6		

\*Teste de Fisher

Aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis* (cf. Tabela 90) para analisar a ansiedade, depressão e stress do cuidador informal face à sobrecarga. Do resultado obtido sobressai que os cuidadores com sobrecarga intensa são os que revelam maior ansiedade, depressão e stress. Ainda os cuidadores sem sobrecarga são os que apresentam menor depressão e stress e os com sobrecarga ligeira menor ansiedade. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas para a depressão e stress e não para a ansiedade.

Tabela 90 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre ansiedade, depressão e stress e sobrecarga do cuidador

EADS	Sobrecarga	Sem Sobrecarga	Sobrecarga Ligeira	Sobrecarga Intensa	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
		38.63	37.96	46.59	2.532	0.282
		15.81	40.89	48.64	12.684	0.002
		23.25	39.55	48.19	7.902	0.019

Analisando o **índice de esforço** em função da ansiedade (cf. Tabela 91), verificámos que 75.8% dos participantes com ansiedade, e 59.6% dos participantes sem ansiedade, apresentavam esforço. Apenas 24.2% dos participantes com ansiedade, e 40.4% dos participantes sem ansiedade, não apresentavam esforço. Verificámos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=2.340$ ;  $p=0.126$ ).

Tabela 91 – Caracterização do índice de esforço em função da ansiedade do cuidador

Ansiedade	Normal		Com Ansiedade		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (52)	% (61.2)	Nº (33)	% (38.8)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Ansiedade	X <sup>2</sup>	p
<b>Sem Esforço</b>	21	40.4	8	24.2	29	34.1	1.5	-1.5	2.340	0.126
<b>Com Esforço</b>	31	59.6	25	75.8	56	65.9	-1.5	1.5		

Analisando o **índice de esforço** em função da depressão (cf. Tabela 92), verificámos que 86.1% dos participantes com depressão, e 51.0% dos participantes sem depressão, apresentavam esforço. Apenas 13.9% dos participantes com depressão, e 49.0% dos participantes sem depressão, não apresentavam esforço. Confirmámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=11.369$ ;  $p=0.001$ ) entre a depressão e o esforço, para os participantes sem esforço e sem depressão e para os participantes com esforço e com depressão.

Tabela 92 – Caracterização do índice de esforço em função da depressão do cuidador

Depressão	Normal		Com Depressão		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (49)	% (57.6)	Nº (36)	% (42.4)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Depressão	X <sup>2</sup>	p
<b>Sem Esforço</b>	24	49.0	5	13.9	29	34.1	3.4	-3.4	11.369	0.001
<b>Com Esforço</b>	25	51.0	31	86.1	56	65.9	-3.4	3.4		

Analisando o **índice de esforço** em função do stress (cf. Tabela 93), verificámos que 84.2% dos participantes com stress, e 51.1% dos participantes sem stress, apresentavam esforço. Apenas 15.8% dos participantes com stress, e 48.9% dos participantes sem stress, não apresentavam esforço. Averiguámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=10.271$ ;  $p=0.001$ ) entre o stress e o esforço, para os participantes sem esforço e sem stress e para os participantes com esforço e com stress.

Tabela 93 – Caracterização do índice de esforço em função do stress do cuidador

Stress	Normal		Com Stress		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (47)	% (55.3)	Nº (38)	% (44.7)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Stress	X <sup>2</sup>	p
<b>Sem Esforço</b>	23	48.9	6	15.8	29	34.1	3.2	-3.2	10.271	0.001
<b>Com Esforço</b>	24	51.1	32	84.2	56	65.9	-3.2	3.2		

Procurámos, entretanto, saber em que medida o índice de esforço discriminava a ansiedade, depressão e stress. Realizado o teste de *U Mann-Whitney* (cf. Tabela 94) verificámos que as ordenações médias eram maiores nas pessoas com esforço, o que traduz maior ansiedade, depressão e stress. Existe significância estatística para todos os resultados encontrados.

Tabela 94 – Teste de *U Mann-Whitney* entre ansiedade, depressão e stress e índice de esforço do cuidador

EADS	Índice de Esforço	Sem Esforço	Com Esforço	UMW	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média			
Ansiedade		33.57	47.88	538.500	-2.575	0.010
Depressão		32.41	48.48	505.000	-2.870	0.004
Stress		33.67	47.83	541.500	-2.518	0.012

Analisando o **apoio social funcional** em função da ansiedade (cf. Tabela 95), verificámos que 69.7% dos participantes com ansiedade, e 92.3% dos participantes sem ansiedade, apresentavam apoio normal. Apenas 30.3% dos participantes com ansiedade, e 7.7% dos participantes sem ansiedade, apresentavam apoio baixo. Verificámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=7.502$ ;  $p=0.006$ ) entre a ansiedade e o apoio social funcional, para os participantes com apoio baixo e com ansiedade e para os participantes com apoio normal e sem ansiedade.

Tabela 95 – Caracterização do apoio social funcional em função da ansiedade do cuidador

Ansiedade	Normal		Com Ansiedade		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (52)	% (61.2)	Nº (33)	% (38.8)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Ansiedade	X <sup>2</sup>	p
Apoio Baixo	4	7.7	10	30.3	14	16.5	-2.7	2.7	7.502	0.006
Apoio Normal	48	92.3	23	69.7	71	83.5	2.7	-2.7		

Da análise do **apoio social funcional** em função da depressão (cf. Tabela 96), verificámos que 63.9% dos participantes com depressão, e 98.0% dos participantes sem depressão, apresentavam apoio normal. Apenas 36.1% dos participantes com depressão, e 2.0% dos participantes sem depressão, apresentavam apoio baixo. Verificámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=17.510$ ;  $p=0.000$ ) entre a depressão e o apoio social funcional, para os participantes com apoio baixo e com depressão e para os participantes com apoio normal e sem depressão.

Tabela 96 – Caracterização do apoio social funcional em função da depressão do cuidador

Depressão	Normal		Com Depressão		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (49)	% (57.6)	Nº (36)	% (42.40)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Depressão	X <sup>2</sup>	p
Apoio Baixo	1	2.0	13	36.1	14	16.5	-4.2	4.2	17.510	0.000
Apoio Normal	48	98.0	23	63.9	71	83.5	4.2	-4.2		

Analisando o **apoio social funcional** em função do stress (cf. Tabela 97), apurámos que 73.7% dos participantes com stress, e 91.5% dos participantes sem stress, apresentavam apoio normal. Apenas 26.3% dos participantes com stress, e 8.5% dos participantes sem stress, apresentavam apoio baixo. Confirmámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=4.842$ ;  $p=0.028$ ) entre o stress e o apoio social funcional, para os participantes com apoio baixo e com stress e para os participantes com apoio normal e sem stress.

Tabela 97 – Caracterização do apoio social funcional em função do stress do cuidador

Stress	Normal		Com Stress		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (47)	% (55.3)	Nº (38)	% (44.7)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Stress	X <sup>2</sup>	p
Apoio Baixo	4	8.5	10	26.3	14	16.5	-2.2	2.2	4.842	0.028
Apoio Normal	43	91.5	28	73.7	71	83.5	2.2	-2.2		

## 2.10. Preditores de Ansiedade, Depressão e Stress do cuidador informal

Por forma a analisarmos se as variáveis dependentes, ansiedade, depressão e stress podem ser preditas através das variáveis independentes (**idade e sexo do cuidador informal; idade e sexo da pessoa dependente; fatores da resiliência, fatores da sobrecarga, esforço e fatores do apoio social funcional do cuidador informal; e capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente**) realizámos regressões lineares múltiplas, para cada umas das variáveis dependentes.

Pela análise da variável **ansiedade** notámos que as correlações entre esta e as variáveis independentes são na generalidade baixas ou muito baixas (cf. Tabela 98), oscilando entre a coesão familiar ( $r=-0.393$ ) e a relação interpessoal ( $r=0.475$ ), sendo esta a variável com valores positivos mais elevados, revelando uma associação moderada.

A ansiedade estabelece relações inversas e significativas com as variáveis percepção do *self*, planeamento do futuro, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio

afetivo, apoio de confidente e capacidade funcional, o que significa que quanto mais baixos os valores destas variáveis, maior a ansiedade, sendo a variável coesão familiar ( $r=-0.393$ ) a que mais intervém. A ansiedade estabelece ainda uma relação direta e significativa com a idade do cuidador, o impacto da prestação de cuidados e a relação interpessoal, em que o aumento do índice destas variáveis determina o aumento da ansiedade, neste caso é a relação interpessoal que apresenta maior relação ( $r=0.475$ ). Não observámos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes: sexo do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, competências sociais, expectativas face ao cuidar, perceção de autoeficácia, índice de esforço e declínio cognitivo.

Tabela 98 – Correlação de *Pearson* entre as variáveis independentes e a ansiedade

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo do cuidador		-0.064	0.280
Idade do cuidador		0.218	<b>0.023</b>
Sexo da pessoa dependente		-0.099	0.183
Idade da pessoa dependente		0.044	0.345
<b>Resiliência</b>			
Perceção do <i>Self</i>		-0.323	<b>0.001</b>
Planeamento do Futuro		-0.356	<b>0.000</b>
Competências Sociais		-0.155	0.078
Coesão Familiar		-0.393	<b>0.000</b>
Recursos Sociais		-0.285	<b>0.004</b>
Estilo Estruturado		-0.192	<b>0.039</b>
<b>Sobrecarga</b>			
Impacto da Prestação de Cuidados		0.276	<b>0.005</b>
Relação Interpessoal		0.475	<b>0.000</b>
Expectativas Face ao Cuidar		-0.038	0.366
Perceção de Autoeficácia		-0.141	0.098
<b>Índice de Esforço</b>		0.117	0.142
<b>Apoio Social Funcional</b>			
Apoio Afetivo		-0.289	<b>0.004</b>
Apoio de Confidente		-0.331	<b>0.001</b>
<b>Capacidade Funcional</b>			
		-0.199	<b>0.034</b>
<b>Declínio Cognitivo</b>			
		0.018	0.435

A primeira variável a ser introduzida pelo método *Stepwise* foi a variável relação interpessoal, por apresentar o maior valor absoluto de coeficiente de correlação com a ansiedade ( $r=0.475$ ), explicando 22.5% da sua variabilidade, com um erro padrão da estimativa de regressão de 3.608 (que corresponde à diferença entre os índices observados e estimados da ansiedade). Seguidamente entrou a variável coesão familiar, que juntamente com a variável inicialmente introduzida apresentou uma correlação de  $r=0.556$  com a variável ansiedade, passando a explicar 30.9% da variação, com redução do erro padrão para 3.428.

Em terceiro lugar entrou a variável competências sociais, que aumentou a correlação para  $r=0.608$ , explicando 37.0% da variação, com um erro padrão da estimativa de 3.29. A última variável a ser introduzida foi a percepção de autoeficácia, cujos resultados estão apresentados no quadro 4, verificando-se que são estas as quatro variáveis preditoras da ansiedade. A correlação que estas quatro variáveis estabelecem com a ansiedade é moderada ( $r=0.664$ ) e a percentagem de variância explicada pelo modelo é de 44.1%, com um erro de estimação de 3.120.

O teste F é estatisticamente significativo ( $p=0.000$ ), o que leva à rejeição de nulidade entre os fatores em estudo, ou seja, pelo menos uma variável independente possui um efeito significativo sobre a variável dependente (o que não é o mesmo que dizer que essa variável é a causa da variável dependente). Os valores de t, estatisticamente significativos, permitem inferir que as variáveis independentes que foram introduzidas no modelo de regressão são explicativas da ansiedade, influenciando-a (cf. Quadro 4).

Para conhecermos qual a variável com maior peso preditivo, analisámos os coeficientes padronizados beta que demonstraram que a coesão familiar é a que apresenta maior valor preditivo (-0.585), seguida da variável relação interpessoal (0.499), depois as competências sociais (0.416) e por fim a percepção de autoeficácia (-0.275). As variáveis coesão familiar e percepção de autoeficácia apresentam uma relação inversa com a ansiedade, o que nos leva a inferir que quanto menor a coesão familiar e a percepção de autoeficácia maior a ansiedade. Por sua vez, a relação interpessoal e as competências sociais apresentam uma relação direta com a variável dependente, ou seja, quanto maior a relação interpessoal e as competências sociais maior a ansiedade sentida pelos cuidadores (cf. Quadro 4).

Utilizámos o *Variance Inflation Factor* (VIF) para diagnosticar a multicolinearidade ou seja, verificar se as variáveis são linearmente independentes, sendo aceitáveis valores de VIF inferiores a 5, ou mesmo 10 (Marôco, 2018). O VIF oscilou entre 1.059 para a percepção de autoeficácia e 1.993 para as competências sociais (cf. Quadro 4), concluindo-se, que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Quadro 4 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a ansiedade

Variável dependente: Ansiedade					
R=0.664 R <sup>2</sup> =0.441 R <sup>2</sup> Ajustado=0.413 Erro padrão de estimativa=3.120 Incremento de R <sup>2</sup> =0.071 F=10.227 p=0.002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Beta padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	3.842				
Relação Interpessoal	2.841	0.499	5.592	0.000	1.139
Coesão Familiar	-1.989	-0.585	-5.106	0.000	1.882
Competências Sociais	1.422	0.416	3.524	0.001	1.993
Percepção de Autoeficácia	-1.125	-0.275	-3.198	0.002	1.059
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	615.469	4	153.867	15.797	0.000
Residual	779.237	80	9.740		
Total	1394.706	84			

Pela constante e pelos coeficientes beta podemos determinar o modelo final ajustado para a ansiedade, que é dado pela seguinte fórmula (1):

$$\text{Ansiedade} = 3.842 + 2.841 \text{ relação interpessoal} - 1.989 \text{ coesão familiar} + 1.422 \text{ competências sociais} - 1.125 \text{ percepção de autoeficácia} \quad (1)$$

Procurando quais as variáveis predictoras da variável **depressão** verificámos, após aplicação do modelo de regressão linear múltipla, que as correlações entre esta variável e as variáveis independentes são maioritariamente baixas ou muito baixas (cf. Tabela 99), oscilando entre a percepção do *self* ( $r=-0.462$ ) e a relação interpessoal ( $r=0.563$ ), sendo esta a variável com valores positivos mais elevados, revelando uma associação moderada.

A depressão estabelece relações inversas e significativas com as variáveis percepção do *self*, planeamento do futuro, competências sociais, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo e apoio de confidente, o que significa que quanto mais baixos os valores destas variáveis, maior a depressão, sendo a variável percepção do *self* ( $r=-0.462$ ) a que mais intervém. A depressão estabelece ainda uma relação direta e significativa com o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal e o índice de esforço, em que o aumento do índice destas variáveis determina o aumento da depressão, neste caso é a

relação interpessoal que apresenta maior relação ( $r=0.563$ ). Não observamos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes: sexo e idade do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, expectativas face ao cuidar, percepção de autoeficácia, capacidade funcional e declínio cognitivo.

Tabela 99 – Correlação de *Pearson* entre as variáveis independentes e a depressão

Depressão		
Variáveis independentes	r	p
<b>Sociodemográficas</b>		
Sexo do cuidador	-0.043	0.347
Idade do cuidador	0.134	0.111
Sexo da pessoa dependente	-0.091	0.204
Idade da pessoa dependente	0.067	0.271
<b>Resiliência</b>		
Percepção do <i>Self</i>	-0.462	<b>0.000</b>
Planeamento do Futuro	-0.397	<b>0.000</b>
Competências Sociais	-0.366	<b>0.000</b>
Coesão Familiar	-0.351	<b>0.000</b>
Recursos Sociais	-0.402	<b>0.000</b>
Estilo Estruturado	-0.260	<b>0.008</b>
<b>Sobrecarga</b>		
Impacto da Prestação de Cuidados	0.425	<b>0.000</b>
Relação Interpessoal	0.563	<b>0.000</b>
Expectativas Face ao Cuidar	0.006	0.478
Percepção de Autoeficácia	-0.158	0.075
<b>Índice de Esforço</b>	0.209	<b>0.028</b>
<b>Apoio Social Funcional</b>		
Apoio Afetivo	-0.363	<b>0.000</b>
Apoio de Confidente	-0.415	<b>0.000</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	-0.142	0.097
<b>Declínio Cognitivo</b>	0.095	0.192

A primeira variável a ser introduzida pelo método *Stepwise* foi a variável relação interpessoal, por apresentar o maior valor absoluto de coeficiente de correlação com a depressão ( $r=0.563$ ), explicando 31.7% da sua variabilidade, com um erro padrão da estimativa de regressão de 4.113. Seguidamente entrou a variável expectativas face ao cuidar, que juntamente com a variável inicialmente introduzida apresentou uma correlação de  $r=0.628$  com a variável depressão, passando a explicar 39.4% da variação, com redução do erro padrão para 3.896. Em terceiro lugar entrou a variável recursos sociais, que aumentou a correlação para  $r=0.679$ , explicando 46.1% da variação, com um erro padrão da estimativa de 3.697, de seguida entrou a variável percepção de autoeficácia, aumentando a correlação para  $r=0.716$ , explicando 51.2% da variação, com um erro padrão da estimativa de 3.539. A última variável a ser introduzida foi a idade da pessoa dependente, cujos resultados estão apresentados no quadro 5, verificando-se que são estas as cinco variáveis preditoras da

depressão. A correlação que estas cinco variáveis estabelecem com a depressão é alta ( $r=0.736$ ) e a percentagem de variância explicada pelo modelo é de 54.1%, com um erro de estimação de 3.454.

O teste F é estatisticamente significativo ( $p=0.000$ ), o que leva à rejeição de nulidade entre os fatores em estudo, ou seja, pelo menos uma variável independente possui um efeito significativo sobre a variável dependente. Os valores de t, estatisticamente significativos, permitem inferir que as variáveis independentes que foram introduzidas no modelo de regressão são explicativas da depressão, influenciando-a (cf. Quadro 5).

Para determinarmos qual a variável com maior peso preditivo, analisámos os coeficientes padronizados beta que demonstraram que a relação interpessoal é a que apresenta maior valor preditivo (0.724), seguida da variável expectativas face ao cuidar (-0.355), da perceção de autoeficácia (-0.322), dos recursos sociais (-0.245) e por fim a idade da pessoa dependente (-0.201). As variáveis expectativas face ao cuidar, recursos sociais, perceção de autoeficácia e idade da pessoa dependente apresentam uma relação inversa com a depressão, o que nos leva a inferir que quanto menores maior a depressão. Por sua vez, a relação interpessoal apresenta uma relação direta com a variável dependente, ou seja, quanto maior a relação interpessoal maior a depressão sentida pelos cuidadores (cf. Quadro 5).

O VIF oscilou entre 1.129 para as expectativas face ao cuidar e 1.476 para a relação interpessoal (cf. Quadro 5), concluindo-se, que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Quadro 5 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e a depressão

Variável dependente: Depressão					
R=0.736 R <sup>2</sup> =0.541 R <sup>2</sup> Ajustado=0.512 Erro padrão de estimativa=3.454 Incremento de R <sup>2</sup> =0.029 F=4.993 p=0.028					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Beta padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	21.050				
Relação Interpessoal	5.007	0.724	7.821	0.000	1.476
Expectativas Face ao Cuidar	-2.463	-0.355	-4.093	0.000	1.298
Recursos Sociais	-1.028	-0.245	-3.028	0.003	1.129
Perceção de Autoeficácia	-1.600	-0.322	-3.665	0.000	1.331
Idade da pessoa dependente	-0.091	-0.201	-2.235	0.028	1.391
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	1111.883	5	222.377	18.632	0.000
Residual	942.893	79	11.935		
Total	2054.776	84			

Pela constante e pelos coeficientes beta podemos determinar o modelo final ajustado para a depressão, que é dado pela seguinte fórmula (2):

$$\text{Depressão} = 21.050 + 5.007 \text{ relação interpessoal} - 2.463 \text{ expectativas face ao cuidar} - 1.028 \text{ recursos sociais} - 1.600 \text{ perceção de autoeficácia} - 0.091 \text{ idade da pessoa dependente} \quad (2)$$

Analisando quais as variáveis predictoras da variável **stress** verificámos, após aplicação do modelo de regressão linear múltipla, que as correlações entre esta variável e as variáveis independentes são na generalidade baixas ou muito baixas (cf. Tabela 100), oscilando entre o planeamento do futuro ( $r=-0.561$ ) e a relação interpessoal ( $r=0.668$ ), sendo esta a variável com valores positivos mais elevados, revelando uma associação moderada.

O stress estabelece relações inversas e significativas com as variáveis perceção do *self*, planeamento do futuro, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo, apoio de confidente e capacidade funcional, o que significa que quanto mais baixos os valores destas variáveis, maior o stress, sendo a variável planeamento do futuro ( $r=-0.561$ ) a que mais intervém. O stress estabelece ainda uma relação direta e significativa com o impacto da

prestação de cuidados, a relação interpessoal e o índice de esforço, em que o aumento do índice destas variáveis determina o aumento do stress, neste caso é a relação interpessoal que apresenta maior relação ( $r=0.668$ ). Não observamos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes: sexo e idade do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, competências sociais, expectativas face ao cuidar, percepção de autoeficácia e declínio cognitivo.

Tabela 100 – Correlação de *Pearson* entre as variáveis independentes e o stress

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Stress</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo do cuidador		-0.123	0.132
Idade do cuidador		0.085	0.220
Sexo da pessoa dependente		-0.071	0.260
Idade da pessoa dependente		0.027	0.403
<b>Resiliência</b>			
Percepção do <i>Self</i>		-0.468	<b>0.000</b>
Planeamento do Futuro		-0.561	<b>0.000</b>
Competências Sociais		-0.173	0.056
Coesão Familiar		-0.311	<b>0.002</b>
Recursos Sociais		-0.235	<b>0.015</b>
Estilo Estruturado		-0.219	<b>0.022</b>
<b>Sobrecarga</b>			
Impacto da Prestação de Cuidados		0.379	<b>0.000</b>
Relação Interpessoal		0.668	<b>0.000</b>
Expectativas Face ao Cuidar		0.065	0.279
Percepção de Autoeficácia		-0.007	0.476
<b>Índice de Esforço</b>		0.238	<b>0.014</b>
<b>Apoio Social Funcional</b>			
Apoio Afetivo		-0.241	<b>0.013</b>
Apoio de Confidente		-0.343	<b>0.001</b>
<b>Capacidade Funcional</b>			
		-0.198	<b>0.035</b>
<b>Declínio Cognitivo</b>			
		0.104	0.173

A primeira variável a ser introduzida pelo método *Stepwise* foi a variável relação interpessoal, por apresentar o maior valor absoluto de coeficiente de correlação com o stress ( $r=0.668$ ), explicando 44.7% da sua variabilidade, com um erro padrão da estimativa de regressão de 3.635. Seguidamente entrou a variável expectativas face ao cuidar, que juntamente com a variável inicialmente introduzida apresentou uma correlação de  $r=0.720$  com a variável stress, passando a explicar 51.8% da variação, com redução do erro padrão para 3.414. Em terceiro lugar entrou a variável planeamento do futuro, que aumentou a correlação para  $r=0.764$ , explicando 58.3% da variação, com um erro padrão da estimativa de 3.193, de seguida entrou a variável capacidade funcional, aumentando a correlação para  $r=0.789$ , explicando 62.3% da variação, com um erro padrão da estimativa de 3.056. Em quinto lugar entrou a variável declínio cognitivo, que aumentou a correlação para  $r=0.811$ , explicando

65.8% da variação, com um erro padrão da estimativa de 2.928, de seguida entrou a variável impacto da prestação de cuidados, aumentando a correlação para  $r=0.823$ , explicando 67.8% da variação, com um erro padrão da estimativa de 2.862. A última variável a ser introduzida foi o sexo da pessoa dependente, cujos resultados estão apresentados no quadro 6, verificando-se que são estas as sete variáveis preditoras do stress. A correlação que estas sete variáveis estabelecem com o stress é alta ( $r=0.836$ ) e a percentagem de variância explicada pelo modelo é de 69.8%, com um erro de estimação de 2.788.

O teste F é estatisticamente significativo ( $p=0.000$ ), o que leva à rejeição de nulidade entre os fatores em estudo, ou seja, pelo menos uma variável independente possui um efeito significativo sobre a variável dependente. Os valores de t, estatisticamente significativos, permitem inferir que as variáveis independentes que foram introduzidas no modelo de regressão são explicativas do stress, influenciando-o (cf. Quadro 6).

Para conhecermos qual a variável com maior peso preditivo, analisámos os coeficientes padronizados beta que demonstraram que a relação interpessoal é a que apresenta maior valor preditivo (0.822), seguida da variável capacidade funcional (-0.447), do planeamento do futuro (-0.390), das expectativas face ao cuidar (-0.368), do declínio cognitivo (-0.286), do impacto da prestação de cuidados (-0.247) e por fim o sexo da pessoa dependente (0.161). As variáveis expectativas face ao cuidar, planeamento do futuro, capacidade funcional, declínio cognitivo e impacto da prestação de cuidados apresentam uma relação inversa com o stress, o que nos leva a inferir que quanto menores maior o stress. Por sua vez, a relação interpessoal e o sexo da pessoa dependente apresentam uma relação direta com a variável dependente, ou seja, quanto maior a relação interpessoal maior o stress sentido pelos cuidadores e o stress também aumenta quando a pessoa dependente é do sexo masculino (cf. Quadro 6).

O VIF oscilou entre 1.272 para o sexo da pessoa dependente e 3.066 para a relação interpessoal (cf. Quadro 6), concluindo-se, que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Quadro 6 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o stress

Variável dependente: Stress					
R=0.836 R <sup>2</sup> =0.698 R <sup>2</sup> Ajustado=0.671 Erro padrão de estimativa=2.788 Incremento de R <sup>2</sup> =0.020 F=5.201 p=0.025					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Beta padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	26.485				
Relação Interpessoal	5.582	0.822	7.494	0.000	3.066
Expectativas Face ao Cuidar	-2.506	-0.368	-4.621	0.000	1.618
Planeamento do Futuro	-1.567	-0.390	-4.773	0.000	1.704
Capacidade Funcional	-0.076	-0.447	-4.620	0.000	2.392
Declínio Cognitivo	-1.846	-0.286	-3.190	0.002	2.052
Impacto da Prestação de Cuidados	-1.542	-0.247	-2.282	0.025	2.978
Sexo da pessoa dependente	1.574	0.161	2.281	0.025	1.272
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	1384.527	7	197.790	25.438	0.000
Residual	598.696	77	7.775		
Total	1983.224	84			

Pela constante e pelos coeficientes beta podemos determinar o modelo final ajustado para o stress, que é dado pela seguinte fórmula (3):

$$\text{Stress} = 26.485 + 5.582 \text{ relação interpessoal} - 2.506 \text{ expectativas face ao cuidar} - 1.567 \text{ planeamento do futuro} - 0.076 \text{ capacidade funcional} - 1.846 \text{ declínio cognitivo} - 1.542 \text{ impacto da prestação de cuidados} + 1.574 \text{ sexo da pessoa dependente} \quad (3)$$

Por forma a avaliarmos a significância das variáveis independentes (**características sociodemográficas do cuidador** – idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional e agregado familiar; **sobrecarga global, esforço e apoio social funcional do cuidador**; e **capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente**) sobre a ansiedade, depressão e stress realizámos regressões logísticas, para cada umas das variáveis dependentes. O número de participantes que estiveram incluídos no processo de análise foram 85, a que corresponde a totalidade da amostra já que não se registaram casos omissos.

Iniciámos a análise para a variável **ansiedade**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS} = 0.358$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N = 0.485$ ) revelam um modelo com alguma qualidade. Pelo

teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(7)}=15.263$ ;  $p=0.033$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados (para um  $p\text{-value}\geq 0.01$  e não para um  $p\text{-value}\geq 0.05$ ), revelando uma possível fragilidade do ajustamento, mas permitindo-nos prosseguir o estudo.

A sensibilidade do modelo é de 72.7%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta ansiedade e a especificidade é de 92.3%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta ansiedade, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 84.7%.

Na tabela 101 apresentamos as variáveis que se manifestaram como predictoras da ansiedade, os respetivos coeficientes do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação a cada variável independente. Apurámos que o OR do cuidador informal ter ansiedade é de 4.967 quando pertence a uma família nuclear, o que significa que a possibilidade de ter ansiedade aumenta em cerca de 396.7%. De igual modo, percecionar apoio social funcional baixo (OR=23.279) e cuidar de pessoa com pouca mudança cognitiva (OR=8.218) traduzem-se num aumento de 2227.9% e 721.8%, de possibilidade de ter ansiedade, respetivamente. Já o facto de possuir uma idade inferior a 50 anos (OR=0.062) leva a que a um decréscimo de 93.8% de ter ansiedade. Apurámos ainda, que o OR do cuidador informal ter ansiedade é de 3.284 quando tem idade entre 50 e 60 anos, o que significa que a possibilidade de ter ansiedade aumenta em cerca de 228.4%, no entanto, de acordo com o teste *Wald* ( $X^2_{Wald(1)}=2.958$ ;  $p=0.085$ ) a variável idade entre 50 e 60 anos não é estatisticamente significativa no modelo (para um  $p\text{-value}<0.05$ ).

Em síntese, foram determinantes de ter ansiedade, pertencer a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos), percecionar um apoio social funcional baixo e cuidar de pessoa com pouca mudança cognitiva. A idade inferior a 50 anos foi determinante de não apresentar ansiedade.

Tabela 101 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável ansiedade e características do cuidador informal

Ansiiedade Variáveis Independentes	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
								Inferior	Superior
Idade inferior a 50 anos	-2.788	0.920	9.195	1	0.002	0.062	-93.8	0.010	0.373
Família nuclear	1.603	0.691	5.387	1	0.020	4.967	396.7	1.283	19.224
Apoio social funcional baixo	3.148	1.022	9.494	1	0.002	23.279	2227.9	3.144	172.372
Pouca mudança cognitiva	2.106	0.728	8.373	1	0.004	8.218	721.8	1.973	34.231

Prosseguimos a análise para a variável **depressão**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS} = 0.611$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N = 0.821$ ) revelam um modelo com boa qualidade. Pelo teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(7)} = 3.201$ ;  $p = 0.866$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados.

A sensibilidade do modelo é de 80.6%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta depressão e a especificidade é de 93.6%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta depressão, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 88.2%.

Na tabela 102 apresentamos a variável que se manifestou como preditora da depressão, o respetivo coeficiente do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação à variável independente. Observámos que o OR do cuidador informal ter depressão é de 11.189 quando pertence a uma família nuclear, o que significa que a possibilidade de ter depressão aumenta em cerca de 1018.9%. Analisando o teste *Wald* as variáveis estado civil solteiro, viúvo ou divorciado ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.994$ ), situação profissional empregado ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.995$ ), cuidador sem esforço ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.995$ ), perceber apoio social funcional baixo ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.995$ ), cuidar de pessoa com dependência total ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.994$ ) e cuidar de pessoa com dependência severa ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.994$ ) não são estatisticamente significativas no modelo.

Sumariamente, foi determinante de ter depressão, pertencer a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos).

Tabela 102 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável depressão e características do cuidador informal

Depressão Variáveis Independentes	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
								Inferior	Superior
Família nuclear	2.415	0.947	6.503	1	0.011	11.189	1018.9	1.749	71.594

Terminámos a análise para a variável **stress**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS} = 0.308$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N = 0.412$ ) revelam um modelo com alguma qualidade. Pelo teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(5)} = 1.339$ ;  $p = 0.931$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados.

A sensibilidade do modelo é de 94.7%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta stress e a especificidade é de 55.3%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta stress, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 72.9%.

Na tabela 103 apresentamos as variáveis que se manifestaram como preditoras do stress, os respetivos coeficientes do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação a cada variável independente. Averiguámos que o OR do cuidador informal ter stress é de 25.376 quando pertence é do sexo feminino, o que significa que a possibilidade de ter stress aumenta em cerca de 2437.6%. Já o facto de possuir sobrecarga ligeira (OR=0.070), cuidar de pessoa com dependência total (OR=0.044) e cuidar de pessoa com dependência severa (OR=0.025) leva a que a um decréscimo de 93.0%, 95.4% e 97.5% de ter stress, respetivamente. Examinando o teste *Wald* a variável cuidador sem sobrecarga ( $X^2_{Wald(1)} = 0.000$ ;  $p = 0.998$ ) não é estatisticamente significativa no modelo.

Em resumo, foi determinante de ter stress ser do sexo feminino. Possuir sobrecarga ligeira, cuidar de pessoa com dependência total e cuidar de pessoa com dependência severa foram determinantes de não apresentar stress.

Tabela 103 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável stress e características do cuidador informal

Stress Variáveis Independentes	b	s.e.	$X^2_{Wald}$	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
								Inferior	Superior
Sexo feminino	3.234	1.551	4.348	1	0.037	25.376	2437.6	1.214	530.326
Sobrecarga ligeira	-2.656	0.805	10.902	1	0.001	0.070	-93.0	0.015	0.340
Dependência total	-3.126	1.115	7.861	1	0.005	0.044	-95.4	0.005	0.390
Dependência severa	-3.675	1.167	9.919	1	0.002	0.025	-97.5	0.003	0.250

Por forma a avaliarmos a significância das **características sociodemográficas da pessoa dependente** (idade, sexo, estado civil, escolaridade e relação com o cuidador) e das **características do contexto de prestação de cuidados** (anos de prestação de cuidados, horas diárias de prestação de cuidados, apoio na prestação de cuidados, residência e prestação de cuidados a outros) sobre ansiedade, depressão e stress realizámos regressões logísticas, para cada umas das variáveis dependentes. O número de participantes que estiveram incluídos no processo de análise foram 85, a que corresponde a totalidade da amostra já que não se registaram casos omissos.

Iniciámos a análise para a variável **ansiedade**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS}= 0.212$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N= 0.287$ ) revelam um modelo com alguma qualidade. Pelo teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(4)}=6.209$ ;  $p=0.184$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados.

A sensibilidade do modelo é de 51.5%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta ansiedade e a especificidade é de 92.3%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta ansiedade, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 76.5%.

Na tabela 104 apresentamos a variável que se manifestou como preditora de ansiedade, o respetivo coeficiente do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação à variável independente. Apurámos que a pessoa dependente ter escolaridade até ao terceiro ciclo (OR=0.096) leva a que a um decréscimo de 90.4% de ter ansiedade. De acordo com o teste *Wald* as variáveis pessoa dependente analfabeta ( $X^2_{Wald(1)}=0.953$ ;  $p=0.329$ ) e prestação de cuidados a outros ( $X^2_{Wald(1)}=3.820$ ;  $p=0.051$ ) não são estatisticamente significativas no modelo.

Em síntese, prestar cuidados a pessoa com escolaridade até ao terceiro ciclo foi determinante de não apresentar ansiedade.

Tabela 104 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável ansiedade e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados

Ansiedade Variáveis Independentes	b	s.e.	$X^2_{Wald}$	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
								Inferior	Superior
Escolaridade até 3º ciclo	-2.348	0.749	9.838	1	0.002	0.096	-90.4	0.022	0.414

Prosseguimos a análise para a variável **depressão**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS}= 0.273$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N= 0.366$ ) revelam um modelo com alguma qualidade. Pelo teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(5)}=1.365$ ;  $p=0.928$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados.

A sensibilidade do modelo é de 52.8%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta depressão e a especificidade é de 91.8%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta depressão, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 75.3%.

Na tabela 105 apresentamos as variáveis que se manifestaram como preditoras da depressão, os respetivos coeficientes do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação a cada variável independente. Verificámos que a pessoa dependente ter escolaridade até ao terceiro ciclo ( $OR=0.128$ ) e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados ( $OR=0.151$ ) leva a que a um decréscimo de 87.2% e 84.9% de ter depressão, respetivamente. Através do teste *Wald* determinámos que as variáveis pessoa dependente analfabeta ( $X^2_{Wald(1)}=0.438$ ;  $p=0.508$ ) e prestação de cinco ou menos horas diárias de cuidados ( $X^2_{Wald(1)}=1.929$ ;  $p=0.165$ ) não são estatisticamente significativas no modelo.

Sinteticamente, prestar cuidados a pessoa com escolaridade até ao terceiro ciclo e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados foram determinantes de não apresentar depressão.

Tabela 105 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável depressão e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados

Depressão Variáveis Independentes	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp (B)	IC 95% Exp (B)	
								Inferior	Superior
Escolaridade até 3º ciclo	-2.052	0.758	7.328	1	0.007	0.128	-87.2	0.029	0.568
Entre 6 a 10 horas diárias de prestação de cuidados	-1.889	0.836	5.106	1	0.024	0.151	-84.9	0.029	0.778

Terminámos a análise para a variável **stress**, assim, os pseudo  $r^2$  de *Cox e Snell* ( $R^2_{CS} = 0.397$ ) e *Nagelkerke* ( $R^2_N = 0.531$ ) revelam um modelo com razoável qualidade. Pelo teste de ajustamento de *Hosner e Lemeshow* ( $X^2_{HL(5)} = 4.990$ ;  $p = 0.417$ ) podemos afirmar que os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados, isto é o modelo ajusta-se aos dados.

A sensibilidade do modelo é de 60.5%, isto é, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que apresenta stress e a especificidade é de 93.6%, ou seja, o modelo classifica corretamente o cuidador informal que não apresenta stress, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 78.8%.

Na tabela 106 apresentamos as variáveis que se manifestaram como preditoras do stress, os respetivos coeficientes do modelo ajustado e a sua significância. A coluna Exp (B) estima o OR da variável dependente em relação a cada variável independente. Determinámos que o OR do cuidador informal ter stress é de 3.772 quando presta cinco ou menos horas diárias de cuidados, o que significa que a possibilidade de ter stress aumenta em cerca de 277.2%. Já o facto de a pessoa dependente possuir escolaridade até ao terceiro ciclo (OR=0.015) e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados (OR=0.075) leva a um decréscimo de 98.5% e 92.5% de ter stress, respetivamente. De acordo com o teste *Wald* a variável pessoa dependente analfabeta ( $X^2_{Wald(1)} = 0.750$ ;  $p = 0.386$ ) não é estatisticamente significativa no modelo.

Resumidamente, foi determinante de ter stress prestar cinco ou menos horas diárias de cuidados. A pessoa dependente possuir escolaridade até ao terceiro ciclo e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados foram determinantes de não apresentar stress.

Tabela 106 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável stress e características da pessoa dependente e do contexto de prestação de cuidados

Stress	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B)	%Exp (B)	IC 95%	
								Exp (B)	
								Inferior	Superior
Variáveis Independentes									
Escolaridade até 3º ciclo	-4.200	1.121	14.043	1	0.000	0.015	-98.5	0.002	0.135
≤5 horas diárias de prestação de cuidados	1.327	0.651	4.161	1	0.041	3.772	277.2	1.053	13.504
Entre 6 a 10 horas diárias de prestação de cuidados	-2.588	1.026	6.362	1	0.012	0.075	-92.5	0.010	0.562



### 3. Discussão

Neste capítulo apresentamos a discussão metodológica, seguida da discussão dos resultados mais significativos do presente estudo, advindos da análise descritiva e da análise inferencial, a qual será realizada tendo em consideração as questões e os objetivos de investigação inicialmente formulados, bem como, a evidência científica.

#### 3.1. Discussão metodológica

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. Os procedimentos metodológicos usados, que nos pareceram ser os mais corretos para facilitar e tornar possível a realização deste estudo, foram ao encontro dos objetivos delineados, bem como das características da amostra. Admitindo a consecução dos objetivos, durante a elaboração desta investigação, reconhecemos algumas limitações.

Como limitação ao estudo podemos apontar que a amostra em estudo é reduzida, e não probabilística o que pode levar ao enviesamento dos resultados, especialmente a nível das regressões lineares e logísticas, dado também o elevado número de variáveis existentes na regressão. A amostra não oferece a garantia de representatividade limitando, assim, a generalização dos resultados. Este estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras mais alargadas. O número de cuidadores informais a que conseguimos ter acesso, no período inicialmente previsto para a colheita de dados, foi limitado, o que levou ao alargamento desse período, pelo que consideramos que esta dificuldade poderia ter sido colmatada se a recolha de dados tivesse sido realizada junto de instituições que trabalham diretamente com esta população.

O facto de a amostra incluir cuidadores de pessoas que no momento da recolha de dados se encontravam internadas no hospital, pode ser condicionante de apresentarem níveis diferentes do habitual, de ansiedade, depressão ou stress, relacionados com o agravamento do estado de saúde da pessoa dependente ou com a mudança nas rotinas habituais do cuidador.

Outra limitação que se pode considerar é a ausência de informação sobre o estado mental do cuidador informal, prévio ao início da atividade de cuidar, mas este aspeto não foi

possível contornar. Acresce ainda referir que não se diferenciaram os cuidadores de acordo com as patologias apresentadas pela pessoa dependente (patologia psiquiátrica, oncológica, ou outra), o que inviabiliza uma distinção dos resultados para cada tipo de cuidador.

Assim seria pertinente, numa investigação futura, serem incluídos cuidadores informais de pessoa dependente a residir no domicílio e que não esteja internada, bem como identificar no cuidador doenças mentais previamente diagnosticadas e data de início da sintomatologia. Para além do referido, seria pertinente realizar estudos mais aprofundados com cuidadores de doentes com alzheimer, doentes oncológicos, entre outros.

Outra dificuldade prendeu-se com a extensão do questionário, podendo ter-se tornado exaustivo ao nível do preenchimento e, conseqüentemente, ter influenciado as respostas dos sujeitos. Ainda a este propósito importa salientar que recorremos a instrumentos, maioritariamente, validados e adaptados para a população portuguesa, no entanto, efetuámos, para todas as escalas, estudos de fiabilidade (consistência interna), e análise fatorial para as escalas menos estudadas para o contexto português. Considera-se assim, que os instrumentos de recolha de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta a questão de investigação e respetivos objetivos.

Não obstante as limitações expostas este estudo revelou-se profícuo, pela oportunidade de aprendizagem individual e pelo desenvolvimento de competências e capacidades de investigação. Os resultados obtidos permitirão, igualmente, prosseguir futuras pesquisas nesta área.

Todavia, e apesar das limitações apresentadas e de algumas dificuldades inerentes, consideramos que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido e os resultados alcançados permitiram obtenção de conhecimento mais aprofundado no âmbito da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal.

### 3.2. Discussão de resultados

Neste ponto apresentamos a discussão dos resultados, com enfoque na ansiedade, depressão e stress enquanto principais variáveis em estudo. Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como uma adequada sistematização optámos por organizar a discussão dos resultados em torno da questão de investigação, evidenciando os resultados mais relevantes e confrontando-os com os dados obtidos em outros estudos nesta área.

Realizar investigação sobre as conseqüências do desempenho do papel de cuidador informal é relevante, sobretudo porque surgem com frequência repercussões sérias na sua

vida diária associadas ao desempenho desse papel. O impacto sentido pelos cuidadores informais manifesta-se, em muitos casos, através do desenvolvimento estados de ansiedade, depressão e stress (Cottagiri & Sykes, 2019; Delalibera et al., 2015; Lou et al., 2015; Martins et al., 2003). Torna-se assim importante analisar os potenciais determinantes para o aparecimento de tais alterações e agir no sentido da sua prevenção.

Como tal e, apesar de o nosso foco ser a ansiedade, depressão e stress, optámos por, previamente, proceder a uma breve discussão das diferentes variáveis independentes, para posteriormente nos focarmos nas variáveis dependentes, de modo a compreender melhor a sua variação, relativamente às primeiras cuja discussão será realizada no final.

No nosso estudo a amostra é constituída por 85 **cuidadores informais**, maioritariamente do sexo feminino, com idade média de 51.97 anos (desvio padrão de 15.02 anos), média aproximada da encontrada no estudo de Figueiredo e Sousa (2008), 31.8% dos participantes apresentavam idade inferior a 50 anos, e a maioria apresentava idade superior a 50 anos. Na globalidade os cuidadores eram casados ou viviam em união de facto, 48.2% tinham escolaridade até ao terceiro ciclo e apenas 8.2% eram detentores de curso superior. Estes dados vão ao encontro do que Cabral et al. (2014), Figueiredo e Sousa (2008) e Sequeira (2010) verificaram, em cuidadores informais, que são na maioria mulheres, casados ou vivem em união de facto, essencialmente adultos com idade superior a 40 anos e com baixa escolaridade. A nossa amostra é, ainda, maioritariamente constituída por pessoas desempregadas, que residiam com família alargada, uma vez que habitualmente os cuidadores informais se encontram sem atividade profissional, tal como refere Sequeira (2010) e Figueiredo e Sousa (2008).

A **pessoa dependente**, que é alvo de cuidados por parte do cuidador informal, é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, com idade média de 79.77 anos (desvio padrão de 10.86 anos), a maioria com idade superior a 75 anos e na generalidade são casadas e com escolaridade até ao terceiro ciclo ou analfabetas. Resultados semelhantes foram encontrados por Sequeira (2010) no seu estudo, em que prevaleceram pessoas com idade avançada, com médias superiores aos 70 anos, do sexo feminino e com baixa escolaridade, sendo semelhante a dados mais recentes (Pristavec, 2019). Quando analisada a relação com o cuidador apurámos que a maioria dos participantes são familiares diretos (pai/mãe, irmão(ã) ou marido/esposa) dos cuidadores, tal como verificado por Sequeira (2010) que refere que habitualmente filhas, cônjuges mães irmãs, etc. é que assumem a maioria dos cuidados, ou seja o papel de cuidador informal, uma vez que, na nossa sociedade, prevalece o sentido de dever moral de cuidar dos idosos e dos mais dependentes no seio da família.

Em relação ao **contexto de prestação de cuidados** verificámos que a média de anos de prestação de cuidados é de 5.61 anos (desvio padrão de 3.99 anos) e a média de horas diárias de prestação de cuidados é de 11.58 horas (desvio padrão de 8.29 horas). Uma grande parte dos participantes (42.4%) presta cuidados há seis ou mais anos e 11 horas diárias de cuidados ou mais (47.1%). Sequeira (2010) afirma que 46.7% dos cuidadores utilizam mais de 12 horas por dia nesta atividade, de prestação informal de cuidados, enquanto Cabral et al. (2014) declaram que a maioria dos cuidadores passam entre nove e 24 horas por dia com os seus familiares, resultados estes muito semelhante aos encontrados no nosso estudo, também em consonância com os dados encontrados por Gratao et al. (2012).

Apurámos ainda que a maioria dos participantes não presta cuidados a mais ninguém e as pessoas do sexo feminino são aquelas que têm mais anos de cuidados recebidos, enquanto que as pessoas do sexo masculino são as que recebem mais horas diárias de cuidados. No nosso estudo a globalidade dos cuidadores informais afirma ter apoio na prestação de cuidados, sendo este resultado congruente com o que refere Figueiredo e Sousa (2008), contrariamente ao resultado que Sequeira (2010) encontrou no seu estudo, em que a maioria dos cuidadores prestava cuidados de forma isolada, sem ajudas. Num estudo espanhol, de Crespo e Fernández-Lansac (2015), realizado com cuidadores de pessoas idosas dependentes, os resultados mostraram que a média de horas de cuidados prestados é de 110,27 horas semanais e durante um período de tempo médio de 55,15 meses e a maioria recebia ajuda de outros membros da família ou utilizou algum tipo de recurso formal.

A coabitação corresponde à opção de residência da maioria dos cuidadores uma vez que a coresidência, facilita o desempenho do papel de cuidador (Sequeira, 2010), resultados semelhantes foram obtidos por Cabral et al. (2014).

Relativamente à **resiliência**, os cuidadores com idade inferior a 50 anos revelaram maior resiliência, enquanto os cuidadores com idade entre os 50 e 60 anos tinham menor resiliência, exceto no fator estilo estruturado. As diferenças entre os grupos apenas são estatisticamente significativas para o fator coesão familiar. Num estudo conduzido numa amostra de doentes diagnosticados com ansiedade e/ou depressão, Min et al. (2013) verificaram uma associação positiva entre idade elevada e resiliência. Também em amostras de cuidadores de pessoas com demência, estudos de Dias et al. (2015) e de Gaugler et al. (2007) evidenciam que cuidadores mais velhos, apresentam níveis de resiliência mais elevados. No seu trabalho Crespo e Fernández-Lansac (2015), ao estudar cuidadores de pessoas idosas dependentes, dividiram a amostra em dois níveis de resiliência (alta e moderada/baixa) e apuraram que a idade média é ligeiramente menor no grupo com níveis resiliência alta, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Os cuidadores informais solteiros, viúvos ou divorciados tinham valores mais elevados de resiliência no fator recursos sociais e os cuidadores que tinham como escolaridade o ensino secundário revelaram maior resiliência em todos os fatores, enquanto os cuidadores com curso superior tinham menor resiliência, com diferenças estatisticamente significativas entre estes resultados. No entanto, no seu estudo, Min et al. (2013) verificaram que o estado civil e os anos de escolaridade não se correlacionavam significativamente com resiliência. Já Gaugler et al. (2007) afirmam que uma maior educação do cuidador se associa negativamente a uma alta resiliência, estes resultados são divergentes dos encontrados no nosso estudo. Por sua vez, Crespo e Fernández-Lansac (2015) verificaram que a distribuição de escolaridade foi praticamente idêntica em ambos os grupos (com resiliência alta e moderada/baixa) e que o grupo com alta resiliência incluiu um número maior de solteiros, sem diferenças estatisticamente significativas.

Também apurámos menor resiliência nos cuidadores do sexo feminino em todas as dimensões da escala e, no caso de pertencerem a uma família nuclear, nas dimensões percepção do *self*, planeamento do futuro e estilo estruturado. Nas dimensões competências sociais, coesão familiar e recursos sociais os cuidadores de famílias nucleares apresentavam melhor resiliência. Não existe, no entanto, significância estatística para estes resultados encontrados. Nos seus estudos, Min et al. (2013) e Joling et al. (2016) verificaram uma associação positiva entre o sexo masculino e resiliência, contrariamente a Dias et al. (2015) e Gaugler et al. (2007) que afirmam que cuidadores do sexo feminino apresentam níveis de resiliência mais elevados. Os nossos resultados estão em consonância com os resultados de Crespo e Fernández-Lansac (2015) que afirmam que a distribuição de sexo foi praticamente idêntica quer em cuidadores de pessoas idosas dependentes com níveis resiliência alta, quer com níveis de resiliência moderada/baixa.

Relativamente à condição de empregabilidade, no nosso estudo, as pessoas desempregadas apresentaram médias mais elevadas de resiliência em todos os fatores da escala, exceto nos recursos sociais, com diferenças estatisticamente significativas apenas no fator percepção do *self*. No seu trabalho Crespo e Fernández-Lansac (2015) verificaram que o grupo com alta resiliência incluiu uma percentagem menor de pessoas sem emprego, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Liu et al. (2017) propõem um modelo de multi-sistemas de resiliência que visa capturar a complexidade da resiliência como construto, reconhecendo a natureza interativa da mesma, em 3 esferas ou camadas: *resiliência nuclear*, *resiliência interna* e *resiliência externa*. A *resiliência nuclear* foca aspetos fisiológicos e traços característicos de um indivíduo que permanecem relativamente estáticos ao longo do tempo, sendo menos suscetíveis à

mudança, como a biologia individual, a saúde e os comportamentos de saúde. A *resiliência interna* reconhece os fatores individuais que são frequentemente atribuídos à resiliência psicológica de um indivíduo, bem como habilidades e recursos provenientes de experiências interpessoais e exposições à adversidade, como competência, experiências e exposições passadas, educação, conhecimento, habilidades e recursos. A *resiliência externa* destaca os contextos sócio ecológicos mais amplos, a partir dos quais a resiliência é desenvolvida e facilitada, ao longo do tempo, como instituições formais e informais, participação em grupos, status socioeconômico e acesso a serviços. Este modelo reforça a noção de que as características sociodemográficas dos participantes quer do nosso quer de outros estudos, por si só, não servem para explicar a resiliência, que é um construto bem mais amplo.

No que concerne à **sobrecarga**, a maioria dos cuidadores (57.6%) apresentava sobrecarga intensa, seguidos dos cuidadores com sobrecarga ligeira (32.9%) e por fim dos cuidadores sem sobrecarga (9.4%). Resultados que se aproximam dos encontrados por Sequeira (2010) que afirma que 66.3% dos cuidadores de idosos com dependência mental e 45.5% dos idosos com dependência física apresentavam sobrecarga intensa e dos resultados divulgados por Galvis e Córdoba (2016) que revelam que 51% dos cuidadores de doentes de alzheimer possuíam sobrecarga intensa, 22% sobrecarga ligeira e 27% não apresentavam sobrecarga.

Os cuidadores com idade inferior a 50 anos são os que revelam maior sobrecarga na percepção de autoeficácia, já os cuidadores com idade superior a 60 anos revelam menor sobrecarga, também nesse fator. No global os cuidadores com idade superior a 60 anos têm maior sobrecarga. As diferenças entre os grupos apenas são significativas para o fator percepção de autoeficácia. Gratao et al. (2012) e Sequeira (2010) afirmam que cuidadores mais velhos revelam maior sobrecarga, assim como Galvis e Córdoba (2016) que acrescentam que esta variável parece ter uma relação positiva com os seus níveis de envolvimento, o que também pode estar associado ao fato de que, na velhice, os cuidadores podem apresentar condições de saúde que dificultam a tarefa de cuidar.

Relativamente ao sexo, os cuidadores do sexo feminino apresentaram valores mais elevados de sobrecarga no global e em todas as dimensões da escala, exceto na dimensão percepção de autoeficácia, não existindo significância estatística para os resultados encontrados. Os nossos resultados estão em consonância com diversos autores, no entanto a maioria destes encontrou significância estatística que relaciona o sexo feminino com o aumento da sobrecarga (Adelman et al., 2014; Gratao et al., 2012; Mulud & McCarthy, 2017; Sequeira, 2010).

No nosso estudo, em relação ao estado civil dos cuidadores, os participantes que são casado ou vivem em união de facto são os que apresentam níveis mais elevados de sobrecarga nos fatores impacto da prestação de cuidados, expectativas face ao cuidar e no global da escala de sobrecarga. Os participantes solteiros, viúvos ou divorciados são aqueles que têm valores médios mais elevados de sobrecarga nos fatores relação interpessoal e percepção de autoeficácia. Verificámos que há significância estatística nas diferenças encontradas nos fatores: impacto da prestação de cuidados, expectativas face ao cuidar e percepção de autoeficácia. Sequeira (2010) revela que os cuidadores casados são os que apresentam maior sobrecarga, ao contrário de Mulud e McCarthy (2017) que afirma, no seu estudo, que cuidadores divorciados, separados ou viúvos experienciaram um nível de sobrecarga mais elevado do que os casados ou solteiros.

Ainda no que concerne à escolaridade, os resultados do nosso estudo mostram que os cuidadores com ensino superior são os que revelam maior sobrecarga e os cuidadores com escolaridade até ao terceiro ciclo menor sobrecarga com diferenças estatisticamente significativas. Contrariamente aos estudos de Adelman et al. (2014) e Sequeira (2010), que afirmam que baixa escolaridade corresponde a maior sobrecarga, sem verificarem associação estatística. Por sua vez Gratao et al. (2012) afirmam que a sobrecarga é mais elevada nos cuidadores que estudaram entre um a quatro anos e nos que estudaram mais de 12 anos, não caracterizando, portanto, uma associação linear negativa entre essas variáveis. Por outro lado, no nosso estudo os cuidadores informais que possuíam como escolaridade o ensino superior eram apenas sete o que pode ter influenciado os resultados.

Relativamente à situação profissional, os cuidadores empregados tinham valores mais elevados de sobrecarga no global e nos fatores impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal, com significância estatística nas diferenças encontradas, apenas no fator relação interpessoal. Segundo Mulud e McCarthy (2017) assim como Sequeira (2010) os cuidadores informais sem atividade profissional experienciam níveis mais elevados de sobrecarga, ao inverso dos resultados do nosso estudo. Se por um lado, estar desempregado pode representar um nível socioeconómico mais baixo e significar que estão disponíveis menos recursos para os cuidadores desempenharem o seu papel, o que pode levar ao aumento do nível de sobrecarga do cuidador, por outro lado, despender um elevado número de horas na prestação de cuidados e adicionalmente ter um emprego pode significar que o cuidador tenha falta de tempo para socializar e se envolver em atividades de lazer. Consequentemente, uma redução no tempo de lazer e a falta de atividades sociais podem ter um efeito negativo que pode resultar num nível sobrecarga maior (Mulud & McCarthy, 2017).

Ainda relativamente à sobrecarga, no global e nas dimensões relação interpessoal e percepção de autoeficácia, cuidadores que pertenciam a uma família alargada apresentavam maior sobrecarga, existindo significância estatística para os resultados encontrados, apenas para a dimensão percepção de autoeficácia. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Shanmugam et al. (2016) que demonstraram que os cuidadores que faziam parte de uma família alargada tinham mais sobrecarga do que os pertencentes a uma família nuclear.

Em relação ao **esforço**, do total de cuidadores informais em estudo 65.9% apresentavam esforço e 34.1% não apresentavam, resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Shanmugam et al. (2016) que estudaram cuidadores de pessoas com cancro.

No nosso estudo os cuidadores informais com idade entre 50 e 60 anos, do sexo feminino, casados ou a viver em união de facto, desempregados e pertencentes a uma família alargada são os que revelam maior índice de esforço, com diferenças, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas. Estes resultados corroboram os resultados por nós encontrados relativamente à sobrecarga, exceto para a idade e situação profissional, até porque a sobrecarga é avaliada em muitos casos através do IEC, porque este avalia a carga subjetiva.

Ainda relativamente à escolaridade, os cuidadores detentores de curso superior são os que revelam maior índice de esforço e os que têm escolaridade até ao terceiro ciclo apresentam menor índice de esforço com diferenças estatisticamente significativas, o que é congruente com resultados referidos por Shanmugam et al. (2016) no seu estudo.

Quando comparados os níveis de sobrecarga com os níveis de esforço, os cuidadores com sobrecarga intensa são os que revelam maior índice de esforço, com diferenças estatisticamente significativas. Mais uma vez os nossos resultados convergem com os dados apresentados por Shanmugam et al. (2016), que indicam que quando os níveis de sobrecarga aumentam os níveis de esforço também aumentam.

No que concerne ao **apoio social funcional** percebido, a maioria dos cuidadores informais (83.5%) apresentava apoio normal e 16.5% referiu apoio baixo. Estes resultados estão em consonância com o estudo de González e Palma (2016) que mostrou que, os cuidadores informais de idosos com dependência severa, perceberam o seu apoio social como alto.

No nosso estudo os cuidadores com idade entre os 50 e os 60 anos e que têm como escolaridade o ensino secundário, revelam maior apoio social funcional, com diferenças estatisticamente significativas. Estudos indicam que quanto maior a idade do cuidador menor o apoio social percebido (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012) e quanto maior o nível de estudos

maior o suporte social percebido (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; González & Palma, 2016) com significância estatística.

Também apurámos que os cuidadores do sexo masculino, casados ou que vivem em união de facto, que estão empregados e vivem com família nuclear similarmente revelaram maior apoio social funcional, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Cuéllar-Flores e Dresch (2012) referem, no seu estudo, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em relação ao apoio social funcional.

Relativamente à sobrecarga, os cuidadores com sobrecarga ligeira são os que revelaram maior apoio social funcional com diferença estatisticamente significativa, bem como os cuidadores sem esforço, mas sem diferença estatisticamente significativa. Também (Ong et al. (2018) verificaram que cuidadores com mais elevado nível de suporte social experienciam níveis mais baixos de sobrecarga e Mulud e McCarthy (2017) e Sequeira (2010) afirmam que um dos fatores de risco para o aumento da sobrecarga do cuidador é ter baixa perceção de suporte social, uma vez que nem sempre suporte social percebido equivale a suporte social existente

Analisando a **capacidade funcional da pessoa dependente** a maioria (44.7%) apresentava dependência total, seguida de 34.1% com dependência severa e de 21.2%, com dependência moderada ou escassa, resultados diferentes, mas similares em termos de ordenação aos encontrados por Figueiredo e Sousa (2008) em que sobressai o elevado grau de dependência funcional da pessoa idosa. Já Sequeira (2010) afirma na sua análise que os participantes apresentam uma dependência ligeira a moderada, o que pode estar relacionado com o facto de o seu estudo incidir sobre idosos com historia de dependência recente, inferior a dois anos, justificando os níveis mais baixos de dependência encontrados.

Relativamente ao grau de dependência dos participantes, os que apresentavam dependência total eram maioritariamente idosos, com idade superior a 75 anos, do sexo masculino e casados, com diferenças estatísticas apenas para os idosos e para os casados. Por seu lado, apesar dos participantes do sexo feminino registarem valores médios de capacidade funcional superiores aos do sexo masculino, revelando menor dependência funcional, estes dados não têm significância estatística. Estes dados vão ao encontro do estudo de Araújo et al. (2007), que observaram diferenças estatisticamente significativas nas pessoas mais velhas e com menor capacidade funcional e não encontraram diferenças entre mulheres e homens.

Relativamente ao **declínio cognitivo da pessoa dependente** a maioria (64.7%) apresentava declínio e apenas 35.3% apresentava pouca mudança cognitiva. A maioria dos participantes com declínio cognitivo eram idosos, com idade superior a 75 anos, do sexo

feminino, casados e com escolaridade até ao terceiro ciclo, com diferenças estatisticamente significativas, apenas para a idade. No que respeita à dependência funcional a maioria dos participantes com declínio cognitivo apresentavam dependência total, com diferenças estatisticamente significativas. Os dados estão em conformidade com os resultados encontrados por Crespo e Fernández-Lansac (2015) no seu estudo em que maioritariamente as pessoas idosas tinham níveis moderados a altos de dependência e apresentavam deterioração cognitiva.

De seguida passaremos à discussão das variáveis dependentes do nosso estudo, **ansiedade, depressão e stress**, e da forma como estas se relacionam com algumas das variáveis independentes.

No que concerne à **ansiedade**, 38.8% dos cuidadores informais, do nosso estudo, apresentavam ansiedade e 61.2% não apresentavam ansiedade. A maioria dos cuidadores que apresentavam ansiedade tinham idade entre 50 e 60 anos, eram do sexo feminino, casados ou viviam em união de facto, tinham escolaridade até ao terceiro ciclo, eram desempregados e pertenciam a uma família alargada. Apóstolo et al. (2011) no seu estudo, realizado numa amostra de utentes de cuidados de saúde primários, encontraram uma prevalência superior, de pessoas que apresentavam algum grau de ansiedade, ao valor encontrado na nossa amostra de cuidadores informais. Ainda comparando com os nossos resultados, revisões sistemáticas da literatura mostraram taxas de prevalência de sintomas de ansiedade inferiores em cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral (Loh et al., 2017) e superiores em cuidadores de pessoas com demência (Sallim et al., 2015).

Não obstante os resultados, após análise inferencial, verificámos que os cuidadores informais que apresentaram maior ansiedade, com diferenças estatisticamente significativas, tinham idade entre os 50 e os 60 anos e como escolaridade o ensino superior. Ainda com diferenças estatisticamente significativas, os cuidadores com menor ansiedade, tinham idade inferior a 50 anos e como escolaridade o ensino secundário.

Diferente dos resultados encontrados, verificámos que os estudos apontam para que pessoas mais velhas apresentem maior ansiedade (Apóstolo et al., 2011; Min et al., 2013), alguns realizados em amostras de cuidadores informais (Cabral et al., 2014; Cottagiri & Sykes, 2019). Contrariamente aos nossos resultados também Cabral et al. (2014) referem, com diferenças estatisticamente significativas que, cuidadores com menor escolaridade têm maior nível de ansiedade do que os que possuem ensino secundário e superior, no entanto, Min et

al. (2013) verificaram que os anos de escolaridade não se correlacionam com sintomas de ansiedade.

Ainda no nosso estudo, relativamente ao sexo, estado civil, situação profissional e agregado familiar, os cuidadores com maior ansiedade eram do sexo masculino, casados ou viviam em união de facto, empregados e pertenciam a uma família nuclear, no entanto estes resultados não são estatisticamente significativos.

No que se refere ao sexo, os diferentes estudos apontam para resultados diferentes dos nossos, uma vez que pessoas do sexo feminino apresentam maior nível de ansiedade com diferenças significativas nos estudos de Apóstolo et al. (2011), Cabral et al. (2014) e ainda de Cottagiri & Sykes (2019) e sem diferenças significativas nos estudos de Min et al. (2013). Contrariamente ao que acontece em relação ao sexo, relativamente ao estado civil os autores não estão em concordância, uma vez que um estudo aponta para que a ansiedade seja maior em cuidadores solteiros, divorciados ou viúvos (Cabral et al., 2014) e outro para que seja maior em pessoas casadas (Min et al., 2013), ambos sem diferenças estatísticas significativas. Ainda contrariamente aos nossos resultados Cabral et al. (2014) referem que cuidadores desempregados e reformados tem maior ansiedade, mas também sem diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à **depressão**, 42.4% dos cuidadores informais, em estudo, apresentavam depressão, enquanto 57.6% dos cuidadores não apresentavam depressão. A maioria dos cuidadores que apresentava depressão tinham idade entre 50 e 60 anos, eram do sexo feminino, casados ou viviam em união de facto, tinham escolaridade até ao terceiro ciclo, eram empregados e pertenciam a uma família alargada. No estudo de Apóstolo et al. (2011) a prevalência de pessoas utilizadoras de cuidados de saúde primários que apresentavam algum grau de depressão foi aproximada ao valor que verificámos nos cuidadores informais do nosso estudo. Do mesmo modo revisões sistemáticas da literatura mostraram taxas de prevalência de sintomas de depressão aproximados aos da nossa amostra, em cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral (Loh et al., 2017), e inferiores em cuidadores de pessoas com demência (Sallim et al., 2015).

Ainda no que se refere à depressão, após análise inferencial, confirmámos que os cuidadores informais que apresentaram maior depressão, com diferenças estatisticamente significativas, eram casados ou viviam em união de facto e tinham como habilitações literárias o ensino superior. Também com diferenças estatisticamente significativas, os cuidadores com menor depressão, tinham como habilitações o ensino secundário.

Quanto ao estado civil os vários autores não encontram diferenças estatísticas significativas na sua relação com a depressão, no entanto Cabral et al. (2014) refere que

cuidadores solteiros, divorciados ou viúvos têm maior depressão e os resultados de Min et al. (2013) apontam para que pessoas casadas tenham níveis mais elevados de depressão. Contrariamente ao nosso estudo, Lou et al. (2015), ao estudar cuidadores de doentes com Alzheimer, encontraram uma associação independente entre níveis mais altos de depressão e menor escolaridade, no entanto Min et al. (2013) refere que os anos de escolaridade não se correlacionam com sintomas de depressão.

No nosso estudo os dados apontam para que, relativamente à idade, sexo, situação profissional e agregado familiar, os cuidadores com maior depressão tenham idade compreendida entre os 50 e 60 anos, sejam do sexo masculino, empregados e pertençam a uma família nuclear, no entanto estes resultados não são estatisticamente significativos.

Relativamente à idade diferentes autores apontam que, pessoas com mais idade apresentam níveis de depressão mais elevados, com fraca correlação (Apóstolo et al., 2011) e sem diferenças estatísticas significativas (Cabral et al., 2014) e até que os cuidadores mais jovens têm sintomas depressivos mais elevados (Cottagiri & Sykes, 2019), sem haver grande concordância entre os estudos. Os nossos dados não estão em concordância com os vários autores que afirmam que níveis mais elevados de depressão são encontrados em pessoas do sexo feminino (Apóstolo et al., 2011; Cabral et al., 2014; Cottagiri & Sykes, 2019; Loh et al., 2017), apenas Min et al. (2013) referem que os níveis de depressão, não foram significativamente diferentes por sexo. No que concerne à situação profissional, Cabral et al. (2014) mencionam que cuidadores desempregados e reformados têm maior depressão, sem significância estatística.

No que respeita ao **stress**, 44.7% dos cuidadores informais, apresentavam stress, enquanto 55.3% dos mesmos não apresentavam stress. A maioria dos cuidadores que apresentavam stress tinham idade entre 50 e 60 anos, eram do sexo feminino, casados ou viviam em união de facto, tinham escolaridade até ao terceiro ciclo, eram desempregados e pertenciam a uma família alargada. No seu estudo Apóstolo et al. (2011) verificaram uma prevalência, de pessoas utentes de cuidados de saúde primários que apresentavam algum grau de stress, inferior à encontrada na nossa amostra de cuidadores informais.

Ainda relativamente ao stress, após análise inferencial, constatámos que os cuidadores informais que apresentaram maior stress, com diferenças estatisticamente significativas, tinham como habilitações o ensino superior e pertenciam a uma família nuclear. Iguamente com diferenças estatisticamente significativas, os cuidadores com menor stress tinham como habilitações o ensino secundário. Os dados apontam também que, em relação à idade, sexo, estado civil e situação profissional, os cuidadores com maior stress tenham idade compreendida entre os 50 e 60 anos, sejam do sexo feminino, solteiros, viúvos ou

divorciados e empregados, no entanto estes resultados não são estatisticamente significativos.

No que concerne à idade Cottagiri e Sykes (2019) afirmam que cuidadores informais mais velhos apresentam maior stress e Cabral et al. (2014) referem que embora, o stress seja maior em cuidadores mais jovens, a idade não influencia os níveis de stress dos cuidadores. Já Apóstolo et al. (2011) no seu estudo verificam que pessoas mais idosas apresentam valores de stress mais elevados, no entanto não evidencia correlação entre a idade e o stress. Em relação ao sexo, os resultados do nosso estudo corroboram o que os autores referem, que cuidadores informais do sexo feminino apresentam maior nível de stress (Cabral et al., 2014; Cottagiri & Sykes, 2019). O nosso estudo está também em consonância com o que referem Cabral et al. (2014), no que respeita ao estado civil e à situação profissional, pois os autores referem que cuidadores solteiros, divorciados ou viúvos e empregados têm maiores níveis de stress.

Analisando a **ansiedade, depressão e stress** em função da sobrecarga e do esforço, verificámos, no nosso estudo, que dos cuidadores informais com ansiedade a maioria apresentava sobrecarga intensa (63.6%) e esforço (75.8%), no caso dos cuidadores informais com depressão a maioria apresentava sobrecarga intensa (75.0%) e esforço (86.1%) e por fim dos cuidadores informais com stress a maioria apresentava sobrecarga intensa (78.9%) e esforço (84.2%). Os cuidadores com sobrecarga intensa foram os que revelam maior ansiedade, depressão e stress, os cuidadores sem sobrecarga foram os que apresentam menor depressão e stress e ainda os cuidadores com sobrecarga ligeira menor ansiedade. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas para a depressão e stress e não para a ansiedade. Por seu lado, os cuidadores com esforço foram os que revelam maior ansiedade, depressão e stress, com diferenças estatisticamente significativas.

Por outro lado, ao estudar o apoio social funcional, verificámos que a minoria dos cuidadores informais com ansiedade, depressão e stress apresentava apoio social funcional baixo (30.3%, 36.1% e 26.3% respetivamente). Confirmaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre os cuidadores com apoio social funcional baixo e com ansiedade, depressão e stress, e no caso dos cuidadores com apoio social funcional normal e sem ansiedade, depressão e stress.

Estes resultados são congruentes com os de Galvis e Códoba (2016), que avaliaram a correlação entre sintomas depressivos e a sobrecarga percebida por cuidadores informais e cuidadores formais, e verificaram uma correlação estatisticamente significativa na amostra de cuidadores formais entre a depressão e a sobrecarga. Resultados também apresentados por Cabral et al. (2014) que evidenciaram que quanto maior a sobrecarga percebida, maiores

os níveis de ansiedade, depressão e stress manifestados, com significância estatística. Por seu lado Karabekiroğlu et al. (2018) verificaram que o nível de sobrecarga e a falta de apoio social em conjunto com outros fatores são preditores dos níveis de depressão e de ansiedade dos cuidadores, mostrando a importância de um bom apoio social funcional, associado a outros fatores, para a manutenção da saúde mental dos cuidadores informais.

A questão de investigação colocada e os objetivos delineados foram decisivos para podermos traçar o caminho que nos permitiu analisar que determinantes são preditores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal, deste modo iremos seguidamente proceder à discussão dos resultados encontrados, no sentido de tentar dar resposta à interrogação colocada.

Nesta ótica, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com a **ansiedade** do cuidador informal, em função das variáveis sociodemográficas do próprio e da pessoa dependente, do contexto de prestação de cuidados, da resiliência, sobrecarga, esforço e apoio social funcional do cuidador informal, e da capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente.

No nosso estudo e numa primeira relação, a ansiedade associou-se positiva e significativamente com a idade do cuidador, o impacto da prestação de cuidados e a relação interpessoal. Enquanto, a percepção do *self*, planeamento do futuro, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo, apoio de confidente e capacidade funcional se associam de forma negativa e também significativa. Não observámos associações significativas entre a ansiedade e o sexo do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, competências sociais, expectativas face ao cuidar, percepção de autoeficácia, índice de esforço e declínio cognitivo.

Porém, os resultados da regressão linear demonstraram a existência de uma relação significativa positiva apenas entre a ansiedade e relação interpessoal e competências sociais, e uma relação significativa negativa entre a ansiedade e coesão familiar e percepção de autoeficácia, sendo estes fatores preditores de ansiedade. Deste modo, maior relação interpessoal e competências sociais, menor coesão familiar e percepção de autoeficácia associam-se a maior ansiedade.

Sumariamente, maior relação interpessoal (dimensão da sobrecarga) e competências sociais (dimensão da resiliência), ou seja, dimensões mais relacionadas com a interação com os outros, contribuem para o aumento da ansiedade do cuidador informal, por seu lado menor coesão familiar (dimensão da resiliência) e percepção de autoeficácia (dimensão da sobrecarga) também contribuem para o aumento da ansiedade, não havendo concordância entre as dimensões.

Tal como no nosso estudo, embora sem resultados para as dimensões de resiliência, vários autores apontam a correlação que existe entre a resiliência e a ansiedade. Min et al. (2013) ao estudar pessoas diagnosticadas com ansiedade e/ou depressão, mostraram que baixos níveis de ansiedade previam significativamente maior resiliência, por sua vez Crespo e Fernández-Lansac (2015), assim como Fernández-Lansac et al. (2012) observaram que cuidadores com elevada resiliência apresentaram menores níveis de sintomatologia ansiosa, existindo portanto correlação inversamente significativa entre a resiliência e a ansiedade.

Tal como no nosso estudo, relativamente à sobrecarga também diversos autores apontam a sua relação com a ansiedade, embora sem resultados para as dimensões de sobrecarga. Cabral et al. (2014) ao estudarem cuidadores de doentes mentais demonstraram que o aumento da sobrecarga influencia o aumento dos níveis de ansiedade, por sua vez Cottagiri e Sykes (2019), Jácome et al (2014) e Karabekiroğlu et al. (2018) referem que o nível de sobrecarga foi encontrado como preditor dos níveis de ansiedade dos cuidadores.

Pelos resultados das regressões logísticas notámos que a possibilidade de ter ansiedade aumenta quando o cuidador informal pertence a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos), percebe apoio social funcional baixo e cuida de pessoa com pouca mudança cognitiva. Por seu lado, a possibilidade de ter ansiedade diminui quando o cuidador possui uma idade inferior a 50 anos e quando a pessoa dependente tem escolaridade até ao terceiro ciclo. As variáveis que dizem respeito ao facto de o cuidador ter idade entre 50 e 60 anos, prestar cuidados a outros e de a pessoa dependente ser analfabeta, não são estatisticamente significativas no modelo.

Os resultados obtidos no nosso estudo estão em concordância com o referido na literatura no que diz respeito ao apoio social funcional, como já referido, uma vez que Karabekiroğlu et al. (2018) indicam que a falta de apoio social é preditor dos níveis de ansiedade dos cuidadores.

No nosso estudo as evidências relativas à idade vêm contrapor o mencionado por alguns autores, que a idade está negativamente associada com a ansiedade (Min et al., 2013) e que cuidadores mais velhos apresentam maior ansiedade (Cottagiri & Sykes, 2019).

Estudos conduzidos por Lou et al. (2015), em cuidadores de doentes com Alzheimer, não encontram correlações entre a função cognitiva do dependente com a ansiedade, ao contrário dos resultados por nós analisados.

À semelhança de outros estudos também não encontramos valor preditor para algumas variáveis, tais como o número de horas por dia de cuidados à pessoa dependente (Lou et al., 2015) e variáveis demográficas (Min et al., 2013). Por sua vez, Jácome et al.

(2014), ao estudar cuidadores de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica, determinaram que a limitação de atividade dos pacientes e o sexo feminino dos cuidadores são preditores significativos de sintomas de ansiedade, e Lou et al. (2015), ao estudarem cuidadores de doentes com Alzheimer, encontraram como preditores de ansiedade o número de anos de prestação de cuidados, resultados que não foram por nós determinados como preditores de ansiedade.

Um segundo ponto de discussão relaciona-se com a **depressão** do cuidador informal, em função das variáveis sociodemográficas do próprio e da pessoa dependente, do contexto de prestação de cuidados, da resiliência, sobrecarga, esforço e apoio social funcional do cuidador informal, e da capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente.

Numa análise preliminar, a depressão associou-se positiva e significativamente com o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal e o índice de esforço. Enquanto, a percepção do *self*, planeamento do futuro, competências sociais, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo e apoio de confidente se associam de forma negativa e também significativa. Não observámos associações significativas entre a depressão e sexo do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, competências sociais, expectativas face ao cuidar, percepção de autoeficácia, índice de esforço e declínio cognitivo.

Todavia, os resultados da regressão linear demonstraram a existência de uma relação significativa positiva apenas entre a depressão e a relação interpessoal, e uma relação significativa negativa entre a depressão e expectativas face ao cuidar, recursos sociais, percepção de autoeficácia e idade da pessoa dependente, sendo estes fatores preditores de depressão. Ou seja, maior relação interpessoal, menores expectativas face ao cuidar, recursos sociais, percepção de autoeficácia e idade da pessoa dependente associam-se a maior depressão.

Sinteticamente, maior relação interpessoal (dimensão da sobrecarga) contribui para o aumento da depressão do cuidador informal, por seu lado menores expectativas face ao cuidar (dimensão da sobrecarga) e percepção de autoeficácia (dimensão da sobrecarga), ou seja, dimensões de sobrecarga subjetiva, e menores recursos sociais (dimensão da resiliência) e menor idade da pessoa dependente também contribuem para o aumento da depressão.

Relativamente à sobrecarga, no nosso estudo apenas o aumento de sobrecarga na dimensão relação interpessoal foi preditor de depressão e ainda se evidenciou que a diminuição da sobrecarga subjetiva previa maior ansiedade. Estes últimos resultados são contrários aos divulgados por outros estudos que demonstram que a sobrecarga sentida e percebida se relaciona com o aumento da depressão (Delalibera et al., 2015), os fatores de

risco para a sobrecarga do cuidador abrangem também a depressão (Adelman et al., 2014), e até que a sobrecarga percebida é preditor significativo de sintomas de depressão (Jácome et al., 2014)

No que concerne à resiliência os nossos dados são semelhantes aos achados de outros estudos, na medida em que depressão e resiliência foram significativamente correlacionadas entre si (Min et al., 2013) e altos níveis de resiliência foram associados a baixos níveis de depressão (Cabral et al., 2014; Fernández-Lansac et al., 2012)

Pelos resultados das regressões logísticas verificámos que a possibilidade de ter depressão aumenta quando o cuidador informal pertence a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos). Por outro lado, a possibilidade de ter depressão diminui quando o cuidador presta cuidados a pessoa com escolaridade até ao terceiro ciclo e presta entre seis a 10 horas diárias de cuidados. As variáveis que dizem respeito ao facto de o cuidador ser solteiro, viúvo ou divorciado, empregado, não percecionar esforço, prestar cinco ou menos horas diárias de cuidados, cuidar de pessoa com dependência total ou severa e pessoa dependente analfabeta, não são estatisticamente significativas no modelo.

No seu estudo Cottagiri e Sykes (2019) referem que, na generalidade, a depressão entre os cuidadores informais é maior para aqueles que despendem um maior número de horas a prestar cuidados, por sua vez no estudo dirigido por Lou et al. (2015), em cuidadores de doentes com Alzheimer, os autores não encontraram correlação entre o número de horas por dia de cuidados prestados com a depressão. Também no nosso estudo um maior número de horas de prestação de cuidados não é preditor de depressão.

Os dados do nosso estudo estão em concordância com outros estudos quando se verifica que as variáveis demográficas não foram preditores significativos da depressão (Min et al., 2013) e não se encontraram correlações entre função cognitiva da pessoa dependente com a depressão (Lou et al., 2015).

No estudo desenvolvido por Jácome et al. (2014) a limitação de atividade dos pacientes, assim como a idade avançada do cuidador são preditores significativos de sintomas depressão, por sua vez Lou et al. (2015) indicam o número de cuidadores adicionais e a educação do cuidador como preditores independentes da depressão, o que no nosso estudo não se verificou.

Um último ponto de discussão relaciona-se com o **stress** do cuidador informal, em função das variáveis sociodemográficas do próprio e da pessoa dependente, do contexto de prestação de cuidados, da resiliência, sobrecarga, esforço e apoio social funcional do cuidador informal, e da capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente.

Numa primeira análise o stress associou-se positiva e significativamente com o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal e o índice de esforço. Enquanto, a percepção do *self*, planeamento do futuro, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo, apoio de confidente e capacidade funcional se associam de forma negativa e também significativa. Não observámos associações significativas entre o stress e sexo e idade do cuidador, sexo e idade da pessoa dependente, competências sociais, expectativas face ao cuidar, percepção de autoeficácia e declínio cognitivo.

Contudo, os resultados da regressão linear demonstraram a existência de uma relação significativa positiva apenas entre o stress e relação interpessoal e o sexo da pessoa dependente, e uma relação significativa negativa entre o stress e expectativas face ao cuidar, planeamento do futuro, capacidade funcional, declínio cognitivo e impacto da prestação de cuidados, sendo estes fatores preditores de stress. Concretamente, maior relação interpessoal, sexo masculino da pessoa dependente, menores expectativas face ao cuidar, planeamento do futuro, impacto da prestação de cuidados e menor capacidade funcional e menor declínio cognitivo da pessoa dependente associam-se a maiores níveis de stress.

Em síntese, maior relação interpessoal (dimensão da sobrecarga), sexo masculino da pessoa dependente contribuem para o aumento do stress do cuidador informal, por seu lado menores expectativas face ao cuidar (dimensão da sobrecarga), impacto da prestação de cuidados (dimensão da sobrecarga), planeamento do futuro (dimensão da resiliência), e menor capacidade funcional e menor declínio cognitivo da pessoa dependente também contribuem para o aumento do stress.

Em relação à sobrecarga, no nosso estudo apenas o aumento de sobrecarga na dimensão relação interpessoal foi preditor de stress e ainda se evidenciou que a diminuição das expectativas face ao cuidar e do impacto da prestação de cuidados previam maior stress. Estes últimos resultados são inversos aos determinados por outros estudos que demonstram que quanto maior a sobrecarga, maiores os níveis de stress (Cabral et al., 2014; Delalibera et al., 2015), para além de que a sobrecarga percebida pelo cuidador informal é também preditor de stress (Cottagiri & Sykes, 2019).

Por sua vez os nossos dados corroboram os resultados de Cottagiri e Sykes (2019) que afirmam que quando as pessoas recetoras de cuidados têm maior dependência do cuidador este também experiencia maior stress.

Relativamente à resiliência Wilks e Croom (2008) declaram que stress percebido influencia negativamente a resiliência, já no nosso estudo um menor planeamento futuro foi preditor de maior stress.

Os resultados das regressões logísticas indicam que a possibilidade de ter stress aumenta quando o cuidador informal é do sexo feminino e presta cinco ou menos horas diárias de cuidados. Por outro lado, a possibilidade de ter stress diminui quando o cuidador possui sobrecarga ligeira, cuida de pessoa com dependência total ou severa, presta entre seis a 10 horas diárias de cuidados e a pessoa dependente tem escolaridade até ao terceiro ciclo. As variáveis que dizem respeito ao facto de o cuidador não percecionar sobrecarga e de a pessoa dependente ser analfabeta, não são estatisticamente significativas no modelo.

No que concerne ao sexo do cuidador os nossos resultados são consistentes com os de outros estudos que demonstram que níveis médios mais elevados de stress são encontrados nas mulheres comparativamente com os homens (Apóstolo et al., 2011; Cabral et al., 2014) e ser cuidador informal, do sexo feminino se relaciona com maior stress (Cottagiri & Sykes, 2019).

Por seu lado os nossos resultados são distintos dos encontrados por Cottagiri e Sykes (2019) que afirmam que o facto de a pessoa recetora de cuidados ter maior dependência do cuidador se relaciona com maior stress e são também diferentes dos encontrados no nosso estudo através da regressão linear múltipla.

Os dados do nosso estudo estão em concordância com outros estudos quando se verifica que não é evidenciada relação entre a idade e o stress (Apóstolo et al., 2011; Cabral et al., 2014), e o estado civil e a situação profissional não influenciam os níveis de stress (Cabral et al., 2014).

Devido à escassez de estudos que relacionem muitas das variáveis por nós estudadas com a ansiedade, depressão e stress, no sentido de identificar quais as variáveis preditoras destes sintomas nos cuidadores informais de pessoas dependentes, não nos foi possível discutir a totalidade dos resultados. Torna-se assim pertinente continuar a investigação científica, com enfoque na ansiedade, depressão e stress dos cuidadores informais e nos seus preditores, para se poderem delinear estratégias preventivas.



#### 4. Conclusão

Na tentativa de efetuar uma articulação entre tudo o que foi referido anteriormente procuraremos, neste capítulo, sistematizar os principais resultados obtidos no estudo e apresentar uma síntese dos aspetos mais relevantes, considerando a questão formulada e os objetivos traçados inicialmente, abordando ainda algumas implicações práticas dele decorrentes.

Este estudo permitiu-nos compreender melhor os fatores que influenciam os estados de ansiedade, depressão e stress do cuidador informal. Para o efeito investigámos as características dos participantes, ao nível sociodemográfico, resiliência, sobrecarga, esforço e apoio social funcional, assim como do contexto de prestação de cuidados, o tipo de cuidados e as características da pessoa dependente. Estes dados fizeram emergir aspetos que podem influenciar o estado de saúde mental do cuidador informal.

Assim, após a análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as evidências, que passamos a descrever e que enquadram as variáveis dependentes e dão resposta à questão de investigação.

A nossa amostra é constituída por 85 cuidadores informais de pessoa dependente, com uma idade média de 51.97 anos (desvio padrão de 15.02 anos), sendo maioritariamente do sexo feminino, casados ou a viver em união de facto, com escolaridade até ao terceiro ciclo, desempregados e a residir com família alargada.

A ansiedade encontrava-se presente em 38.8% dos cuidadores informais, a depressão foi manifestada em 42.4% e o stress foi observado em 44.7% dos mesmos. Na amostra em estudo, estas alterações verificaram-se, maioritariamente, em cuidadores com idade compreendida entre os 50 e os 60 anos, do sexo feminino, casados ou que viviam em união de facto, com escolaridade até ao terceiro ciclo e pertencentes a uma família alargada. A ansiedade e o stress foram observados maioritariamente, em cuidadores desempregados e a depressão em cuidadores empregados.

Contudo após análise inferencial, os cuidadores que apresentaram maior ansiedade, com diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, tinham idade compreendida entre os 50 e os 60 anos e como escolaridade o ensino superior, e os cuidadores com menor ansiedade, com diferenças estatisticamente significativas, tinham idade inferior a 50 anos e tinham como escolaridade o ensino secundário. Relativamente ao sexo, estado civil, situação profissional e agregado familiar não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Da mesma forma, no que se refere à depressão, os cuidadores que apresentaram maior depressão, com diferenças estatisticamente significativas, eram casados ou viviam em união de facto e tinham como habilitações literárias o ensino superior e os cuidadores com menor depressão, com diferenças estatisticamente significativas, tinham como habilitações o ensino secundário. Relativamente à idade, sexo, situação profissional e agregado familiar não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Também relativamente ao stress, os cuidadores que apresentaram maior stress, com diferenças estatisticamente significativas, tinham como habilitações o ensino superior e pertenciam a uma família nuclear e os cuidadores com menor stress, com diferenças estatisticamente significativas, tinham como habilitações o ensino secundário. Relativamente à idade, sexo, estado civil e situação profissional não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

A sobrecarga intensa estava presente em 63.6% dos cuidadores com ansiedade, em 75.0% dos cuidadores com depressão e em 78.9% dos cuidadores com stress. Os cuidadores com sobrecarga intensa foram os que revelaram maior depressão e stress e os cuidadores sem sobrecarga foram os que apresentaram menor depressão e stress, com diferenças estatisticamente significativas.

O esforço, esteve presente em 75.8% dos cuidadores com ansiedade, em 86.1% dos cuidadores com depressão e em 84.2% dos cuidadores com stress. Os cuidadores com esforço são os que revelam maior ansiedade, depressão e stress, com diferenças estatisticamente significativas.

O apoio social funcional baixo foi manifestado por 30.3% dos cuidadores com ansiedade, por 36.1% dos cuidadores com depressão e por 26.3% dos cuidadores com stress, com diferenças estatisticamente significativas.

Na tentativa de dar resposta à questão de investigação apurámos que, apesar dos cuidadores com maior ansiedade apresentarem idade mais elevada e maior impacto da prestação de cuidados, estes fatores não se revelaram explicativos da ansiedade dos mesmos.

Apesar dos cuidadores com maior ansiedade indicarem menor perceção do *self*, planeamento do futuro, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo e apoio de confidente e cuidarem de pessoa com menor capacidade funcional, estes fatores não se revelaram explicativos da sua ansiedade.

A relação interpessoal, as competências sociais, a coesão familiar e a perceção de autoeficácia revelaram-se explicativas da ansiedade. Concretamente, maior relação

interpessoal e competências sociais, menor coesão familiar e percepção de autoeficácia associam-se a maior ansiedade.

Foram também determinantes para a ansiedade, pertencer a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos), perceber um apoio social funcional baixo e cuidar de pessoa com pouca mudança cognitiva. A idade inferior a 50 anos foi determinante de não apresentar ansiedade, assim como, prestar cuidados a pessoa com escolaridade até ao terceiro ciclo.

Da mesma forma, ainda a procurar responder à questão de investigação, determinámos que, apesar dos cuidadores com maior depressão possuírem maior impacto da prestação de cuidados e índice de esforço, estes fatores não se revelaram explicativos da depressão dos cuidadores.

Não obstante os cuidadores com maior depressão apresentarem menor percepção do *self*, planeamento do futuro, competências sociais, coesão familiar, estilo estruturado, apoio afetivo e apoio de confidente, estes fatores não se revelaram explicativos da depressão dos cuidadores.

A relação interpessoal, expectativas face ao cuidar, recursos sociais, percepção de autoeficácia e idade da pessoa dependente revelaram-se explicativas da depressão. Concretamente, maior relação interpessoal, menores expectativas face ao cuidar, recursos sociais, percepção de autoeficácia e idade da pessoa dependente associam-se a maior depressão.

Foi também determinante de ter depressão, pertencer a uma família nuclear (marido, esposa e/ou filhos). Enquanto prestar cuidados a pessoa com escolaridade até ao terceiro ciclo e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados foram determinantes de não apresentar depressão.

Relativamente aos fatores explicativos do stress, verificámos que apesar dos cuidadores com maior stress apresentarem maior índice de esforço, este fator não se revelou explicativo do stress dos cuidadores.

Embora os cuidadores com maior stress mostrassem menor percepção do *self*, competências sociais, coesão familiar, recursos sociais, estilo estruturado, apoio afetivo e apoio de confidente, estes fatores não se revelaram explicativos do stress dos cuidadores.

A relação interpessoal, sexo da pessoa dependente, expectativas face ao cuidar, planeamento do futuro, impacto da prestação de cuidados e a capacidade funcional e declínio cognitivo da pessoa dependente revelaram-se explicativas do stress. Ou seja, maior relação interpessoal, sexo masculino da pessoa dependente, menores expectativas face ao cuidar,

planeamento do futuro, impacto da prestação de cuidados e menor capacidade funcional e menor declínio cognitivo da pessoa dependente associam-se a maiores níveis de stress.

Foi também determinante de existência de stress, ser do sexo feminino, assim como prestar cinco ou menos horas diárias de cuidados. Manifestar sobrecarga ligeira, cuidar de pessoa com dependência total e cuidar de pessoa com dependência severa foram determinantes de não apresentar stress, assim como, a pessoa dependente possuir escolaridade até ao terceiro ciclo e prestar entre seis a 10 horas diárias de cuidados.

Os resultados apontam para a importância de alguns fatores na ansiedade, depressão e stress do cuidador informal. Embora reconhecendo algumas limitações ao estudo, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início da pesquisa e ter contribuído para uma melhor compreensão da problemática abordada, dando resposta à questão de investigação formulada.

#### 4.1. Implicações do estudo

Este estudo trouxe uma pequena contribuição para a compreensão da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal. Como implicações para a prática profissional sugerimos que, os enfermeiros, através do conjunto de competências que possuem, avaliem o cuidador informal e detetem fatores de risco para o desenvolvimento de estados de ansiedade, depressão e stress e atuem de forma a minimizar o seu impacto. É importante prevenir resultados prejudiciais do desempenho do papel de cuidador, sendo igualmente relevante cuidar da pessoa dependente, mas também cuidar de quem cuida.

Para uma melhor operacionalização do que foi referido sugeríamos a concretização de visitas domiciliárias a pessoas dependentes, a residir na comunidade, nas quais fosse possível a avaliação periódica, não só da pessoa dependente, mas também do seu cuidador informal. Posteriormente seria importante intervir, junto do cuidador informal, com ênfase não só nas suas competências instrumentais, mas também nas suas competências emocionais.

Acresce salientar que, para melhor compreender esta realidade, será aconselhável desenvolver investigações que apresentem um design longitudinal e com amostras mais alargadas, que permitam perceber como evolui a relação entre a ansiedade, depressão e stress e as diversas variáveis em estudo, ao longo do tempo. Simultaneamente seria importante implementar programas de intervenção, porque cada pessoa é uma pessoa, e como tal, mais importante que estudar de forma teórica as características dos cuidadores informais, será estudar estas características e fatores preditores, concretizar estratégias de

prevenção e comparar os resultados, através de estudos longitudinais, no sentido de criar normas de orientação práticas para guiar a atuação dos profissionais de saúde.

Acresce ainda referir que é importante destacar a necessidade de que em futuras investigações sejam analisadas outras variáveis que, eventualmente, possam contribuir para a complexificação do modelo aqui apresentado, para que seja possível intervir mais consistentemente na prevenção de perturbações emocionais associadas ao desempenho do papel de cuidador informal.



## Referências Bibliográficas

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, *311*(10), 1052–1059. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, M., Duarte, M., Ribeiro, Ó., & Paul, C. (2015). Intervenções psicoeducativas e distress psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários. *Revista E-Psi*, *5*(1), 94–112.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Instituto de Educação e Psicologia. (Master's thesis, Universidade do Minho). Retrieved from [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Dissertação\\_Mestrado\\_Fernanda\\_Andrade-Versão\\_final.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Dissertação_Mestrado_Fernanda_Andrade-Versão_final.pdf)
- Apóstolo, J., Mendes, A., Antunes, M. T. C., Rodrigues, M. A., Figueiredo, M. H., & Lopes, M. C. F. da G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem, III Série*(3), 67–74.
- Apóstolo, J., Ventura, Â., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência, III*(8), 45–49.
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *25*(2), 59–66.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medicine Care*, *26*, 709–723.
- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., & Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion Primaria*, *46*(Espec Cong 1), 176–179. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70087-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70087-3)
- Caneda, M. A. G. de, Fernandes, J. G., Almeida, A. G. de, & Mugnol, F. E. (2006). Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *64*(3-A), 690–697. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76–82.
- Cottagiri, S. A., & Sykes, P. (2019). Key health impacts and support systems for informal carers in the UK: A thematic review. *Journal of Health and Social Sciences Advance Online Publication*. <https://doi.org/doi10.19204/2019/kyhl11>
- Council of Europe. (1998). Recommendation No. R (98) 9 of the Committee of Ministers to member states on dependence, adopted by the Committee of Ministers on 18 September 1998. (C. of Europe, Ed.).
- Coutinho, C. (2016). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Coimbra: Almedina.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología, 31*(1), 19–27. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1*(34), 89–101.
- Delalibera, M., Presa, J., Barbosa, A., & Leal, I. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(9), 2731–2747. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>
- Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. de, Nogueira, M. M. L., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 37*(1), 12–19. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0032>
- Diwan, S., Hougham, G. W., & Sachs, G. A. (2004). Strain Experienced by Caregivers of Dementia Patients Receiving Palliative Care: Findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program. *Journal of Palliative Medicine, 7*(6), 797–807. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/jpm.2004.7.797>
- Elisei, S., Sciarra, T., Verdolini, N., & Anastasi, S. (2013). Resilience and depressive disorders. In *Psiquiatria Danubina*.
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que acontecem com o Idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place, 1*(20). <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

- Fernández-Lansac, V., López, M. C., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 47(3), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.004>
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15–24.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76.
- Gaioli, C. C. L. de O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 150–157.
- Galvis, M. J., & Córdoba, A. M. C. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 190–205.
- García, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección Estudios: Serie dependencia (1ª Edición)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Retrieved from [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=6](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=6)
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(1), 38–44. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.P38>
- Giesbrecht, M., Wolse, F., Crooks, V. A., & Stajduhar, K. (2013). Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: A qualitative case study. *Palliative and Supportive Care*, 13(3), 555–565. <https://doi.org/10.1017/S1478951513001028>
- González, E. F., & Palma, F. S. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 67–73.

- Granger, C. V., Albrecht, G. L., & Hamilton, B. B. (1979). Outcome of Comprehensive Medical Rehabilitation: Measurement by PULSES Profile and The Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *60*, 145–154.
- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Haley, W. E., Bergman, E. J., Roth, D. L., McVie, T., Gaugler, J. E., & Mittelman, M. S. (2008). Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *Gerontologist*, *48*(6), 732–740. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.732>
- Harrison, J., Fearon, P., Noel-Storr, A., McShane, R., Stott, D., & Quinn, T. (2015). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a secondary care setting (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010772.pub2>.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults: Construct Validity and Measurement in a Belgian Sample. *International Journal of Testing*, *11*(1), 53–70. <https://doi.org/10.1080/15305058.2010.508570>
- Howard, M. C. (2016). A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *International Journal of Human-Computer Interaction*, *32*, 51–62. <https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664>
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar* (2ª Edição). Coimbra: Formasau.
- Jácome, C., Figueiredo, D., Gabriel, R., Cruz, J., & Marques, A. (2014). Predicting anxiety and depression among family carers of people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Psychogeriatrics*, *26*(7), 1191–1199. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000337>
- Joling, K. J., Windle, G., Dröes, R.-M., Meiland, F., van Hout, H. P. J., MacNeil Vroomen, J., ... Woods, B. (2016). Factors of Resilience in Informal Caregivers of People with Dementia from Integrative International Data Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *42*, 198–214. <https://doi.org/10.1159/000449131>
- Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the

- Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24, 145–153.
- Jorm, A. F. (2004). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): a review. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 1–19.
- Karabekiroğlu, A., Demir, E. Y., Aker, S., Kocamanoğlu, B., & Karabulut, G. S. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore Med J*, 59(11), 572–577.
- Liu, J. J. W., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- López, A. S. R., & Moral, S. M. S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria*, 1(1), 12–17.
- Lou, Q., Liu, S., Huo, Y. R., Liu, M., Liu, S., & Ji, Y. (2015). Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2668–2678. <https://doi.org/10.1111/jocn.12870>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Manzini, C. S. S., Brigola, A. G., Pavarini, S. C. I., & Vale, F. A. C. (2016). Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 703–714. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª Edição)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1),

131–148.

- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lluís, L.-J. (2013). Validation of the modified DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *48*, 1675–1685. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0633-3>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 2)*, 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *54*, 1190–1197. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.008>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa.
- Mulud, Z. A., & McCarthy, G. (2017). Caregiver Burden Among Caregivers of Individuals With Severe Mental Illness: Testing the Moderation and Mediation Models of Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.019>
- O'Dwyer, S., Moyle, W., & van Wyk, S. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia: A pilot qualitative study. *Aging & Mental Health*, *17*(6), 753–760. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789001>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., ... Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(2), 229–239.
- Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais - Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA ). In *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação vol. II*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. [https://doi.org/https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3\\_2](https://doi.org/https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_2)

- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In *VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Aveiro.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. (Sibalo, Ed.) (5ª Edição). Lisboa: Sibalo.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, Depressão e Stress: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 16(2), 148–163. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/15psd160202>
- Pristavec, T. (2019). The caregiving dyad: Do caregivers' appraisals of caregiving matter for care recipients' health? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 50–60. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2019.01.020>
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344–348.
- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syrjala, K. L., Back, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting Resilience among Parents and Caregivers of Children with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 645–652. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0494>
- Saameño, J. B., Sánchez, A. D., Castillo, J. de D. L. del, & Claret, P. L. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153–163.
- Sallim, A. Bin, Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Chun-Man Ho, R. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Séoud, J. N., & Ducharme, F. (2015). Factors associated with resilience among female family caregivers of a functionally or cognitively impaired aging relative in Lebanon: A correlational study. *Journal of Research in Nursing*, 20(7), 567–579. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1744987115599672>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Shanmugam, R. S., Vanaja, R., & Rajathi, S. (2016). The Relationship between Strain and Burden among Caregivers of Cancer Survivors. *International Journal of Applied Research*, 2(5), 21–23.
- Shinar, D., Gross, C. R., Bronstein, K. S., Licata-Gehr, E. E., Eden, D. T., Cabrera, A. R., ...

- Kunitz, S. C. (1987). Reliability of the activities of daily living scale and its use in telephone interview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(10), 723–728.
- Ugur, O., & Fadiloglu, C. (2010). “Caregiver Strain Index” validity and reliability in Turkish society. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, 11, 1669–1679.
- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer’s disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357–365. <https://doi.org/10.1080/13607860801933323>
- Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer’s aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(3), 260–275. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.544531>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing, a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Madrid: WHO.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1983). *The memory and behaviour problems checklist - and the burden interview. Technical report. Pennsylvania State University*.
- Zhao, X., Lee, K., Baney, B., Penrod, J., & Schubart, J. R. (2016). Resilience in the Context of Informal Care giving : A Scoping Study. *Medical Research Archives*, 4(6), 1–22. Retrieved from <https://journals.ke-i.org/index.php/mra/article/view/690>

**Anexos**



## Anexo I – Instrumento de colheita de dados

### QUESTIONÁRIO

Nº de questionário:\_\_\_\_\_ Data de avaliação:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_

Leia atentamente o questionário que se segue e assinale, por favor, com uma cruz (X) a quadrícula que correspondente à sua situação ou escreva no espaço reservado para isso o que entender conveniente.

Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. O questionário é absolutamente confidencial e anónimo.

Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

### Secção A - Questões acerca de si próprio(a)

#### I – Dados Sociodemográficos

**1 - Idade:**\_\_\_\_\_ anos      **2 - Sexo:**  Masculino     Feminino

**3 - Estado Civil:**

Solteiro(a)     Casado(a)     Viúvo(a)     Divorciado(a)     Outro, qual?\_\_\_\_\_

**4 - Escolaridade:**

Sem escolaridade     Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade

1.º ciclo do ensino básico (até à 4.ª classe)     2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano)     Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

Curso superior, qual?\_\_\_\_\_

Outro, qual?\_\_\_\_\_

**5 - Situação Profissional:**

Empregado(a) a tempo inteiro     Empregado(a) a tempo parcial     Desempregado(a)

Doméstica     Pensionista/Reformado(a)     Estudante     Outro, qual?\_\_\_\_\_

Horas diárias de trabalho (média):\_\_\_\_\_ horas

**6 - Agregado familiar:**

Sozinho     Marido/Esposa     Filho(a)     Genro/Nora     Pai/mãe     Sogro(a)

Outro, quem?\_\_\_\_\_

## II - Escala de Resiliência para Adultos

(Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003; Versão Portuguesa: M. Pereira, Cardoso, Alves, Narciso & Canavarro, 2013)

Por favor, pensando na forma como geralmente é, ou como foi **durante o último mês**, o que pensa e sente em relação a si mesmo e em relação às pessoas que são importantes para si. Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor coloque um círculo no número que melhor o(a) descreve.

1	Quando acontece alguma coisa imprevista	Frequentemente sinto-me desorientado(a)	1 2 3 4 5 6 7	Encontro sempre uma solução
2	Os meus planos para o futuro são	Difíceis de realizar	1 2 3 4 5 6 7	Possíveis de realizar
3	Eu gosto de estar	Com outras pessoas	1 2 3 4 5 6 7	Sozinho
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	Muito diferente da minha	1 2 3 4 5 6 7	Muito semelhante à minha
5	Posso discutir assuntos pessoais com	Ninguém	1 2 3 4 5 6 7	Amigos/familiares
6	Estou no meu melhor quando	Tenho um objectivo claro por que lutar	1 2 3 4 5 6 7	Consigo levar um dia de cada vez
7	Os meus problemas pessoais	Sei como resolvê-los	1 2 3 4 5 6 7	Não tem solução
8	Sinto que o meu futuro parece	Muito promissor	1 2 3 4 5 6 7	Incerto
9	Ser flexível em contextos sociais	Não é importante para mim	1 2 3 4 5 6 7	É muito importante para mim
10	Eu sinto-me	Muito feliz com a minha família	1 2 3 4 5 6 7	Muito infeliz com a minha família
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	São alguns amigos próximos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Estão em lado nenhum
12	Quando inicio novas coisas/projetos	Raramente planeio com antecedência, apenas ando para a frente com as coisas	1 2 3 4 5 6 7	Prefiro ter um plano minucioso
13	Os meus juízos e decisões	Duvido frequentemente deles	1 2 3 4 5 6 7	Confio completamente neles
14	Os meus objectivos	Sei como atingi-los	1 2 3 4 5 6 7	Não tenho a certeza de como atingi-los
15	Novas amizades são algo	Que faço facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Que tenho dificuldade em fazer
16	A minha família caracteriza-se por	Desunião	1 2 3 4 5 6 7	Coesão saudável
17	A ligação entre os meus amigos é	Fraca	1 2 3 4 5 6 7	Forte
18	Sou bom (boa) a	Organizar o meu tempo	1 2 3 4 5 6 7	Desperdiçar o meu tempo
19	Acreditar em mim	Ajuda-me em períodos difíceis	1 2 3 4 5 6 7	Pouco me ajuda em períodos difíceis
20	Os meus objectivos para o futuro são	Pouco claros	1 2 3 4 5 6 7	Bem pensados
21	Conhecer novas pessoas é	Difícil para mim	1 2 3 4 5 6 7	Algo em que sou bom
22	Em períodos difíceis, a minha família	Mantem uma visão positiva do futuro	1 2 3 4 5 6 7	Vê o futuro como negro
23	Quando um familiar passa por uma crise/emergência	Sou imediatamente informado	1 2 3 4 5 6 7	Leva bastante tempo até que me digam

<b>24</b>	Regras e rotinas habituais	Estão ausentes no meu dia-a-dia	1 2 3 4 5 6 7	Simplificam o meu dia-a-dia
<b>25</b>	Em períodos difíceis tenho tendência a	Ver tudo negro	1 2 3 4 5 6 7	Encontrar algo bom que me ajuda a crescer/prosperar
<b>26</b>	Quando estou com outras pessoas	Rio-me facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Raramente me rio
<b>27</b>	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	Pouco apoio entre os seus membros	1 2 3 4 5 6 7	Lealdade com os seus membros
<b>28</b>	Eu recebo apoio de	Amigos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Ninguém
<b>29</b>	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	Consigo lidar com eles	1 2 3 4 5 6 7	São uma constante fonte de preocupação
<b>30</b>	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	Difícil	1 2 3 4 5 6 7	Fácil
<b>31</b>	Na minha família, gostamos de	Fazer coisas juntos	1 2 3 4 5 6 7	Fazer coisas sozinhos
<b>32</b>	Quando preciso	Não tenho ninguém que me possa ajudar	1 2 3 4 5 6 7	Existe sempre alguém que me pode ajudar
<b>33</b>	Os meus amigos/familiares próximos	Apreciam as minhas qualidades	1 2 3 4 5 6 7	Não gostam das minhas qualidades

### III - Escala de sobrecarga do cuidador - ESC

(Zarit & Zarit, 1983; Versão Portuguesa: Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a sua situação actual afecta de uma forma negativa relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

#### IV – Índice de Esforço/Tensão do Cuidador

(Robinson, 1983; López & Moral, 2005)

Segue-se uma lista de coisas que foram problemáticas para outras pessoas que cuidam de pacientes que regressaram a casa, depois de um período de internamento no hospital. Assinale SIM naquelas que se aplicam ao seu caso e NÃO nos que não se aplicam ao seu caso (veja os exemplos).

	SIM	NÃO
1. Tem perturbações do sono (por exemplo, porque o paciente se deita e levanta ou passeia pela casa de noite).		
2. É um inconveniente (por exemplo, porque a ajuda que presta consome muito tempo ou a é viagem muito demorada).		
3. Representa um esforço físico (por exemplo, você tem que senta-lo(a), levanta-lo(a) de um assento).		
4. Implica uma restrição (por exemplo, porque a ajuda que presta restringe o tempo livre ou não pode fazer visitas).		
5. Houve mudanças na família (por exemplo, porque a ajuda perturbou a rotina ou há falta de privacidade).		
6. Houve mudanças nos planos pessoais (por exemplo, teve de recusar um trabalho ou não pôde ir de férias).		
7. Houve outras exigências do meu tempo (por exemplo, por parte de outros membros família).		
8. Houve mudanças emocionais (por exemplo, devido a fortes discussões).		
9. Alguns comportamentos são perturbadores (por exemplo, a incontinência, o paciente tem dificuldade em lembrar-se das coisas ou acusa os outros lhe tirarem as coisas).		
10. É perturbador perceber que o paciente mudou muito em comparação com antes (por exemplo, é uma pessoa diferente do que costumava ser).		
11. Houve mudanças no trabalho (por exemplo, por causa da necessidade de tempo reservado para a ajuda).		
12. É um encargo económico.		
13. Tem-se sentido completamente sobrecarregado (por exemplo, com preocupações com a pessoa que cuida ou preocupações sobre como continuar a cuidar).		

### V - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 1, 2, 3 ou 4 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

0 – Não se aplicou nada a mim.

1 – Aplicou-se a mim algumas vezes.

2 – Aplicou-se a mim muitas vezes.

3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1. Tive dificuldades em me calmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

## VI – Questionário de Apoio Social Funcional Duke-UNC-11

(Broadhead, Gehlbach, de Gruy & Kaplan, 1988; Saameño, Sánchez, Castillo, & Claret, 1996; Flores & Dresch, 2012)

A lista a seguir mostra algumas coisas que outras pessoas fazem por nós ou que nos proporcionam. Escolha para cada uma a resposta que melhor reflete sua situação.

	Muito menos do que desejo	Menos do que desejo	Nem muito nem pouco	Quase como desejo	Tanto como desejo
1. Recebo visitas dos meus amigos e familiares					
2. Recebo apoio em questões relacionadas com a minha casa					
3. Recebo elogios e reconhecimento, quando faço bem o meu trabalho					
4. Conto com as pessoas que se preocupam com o que me acontece					
5. Recebo amor e afeto					
6. No trabalho ou em casa tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas					
7. Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas pessoais e familiares					
8. Tenho a possibilidade de falar com alguém sobre os meus problemas económicos					
9. Recebo convites para me distrair e sair com outras pessoas					
10. Recebo conselhos úteis quando ocorre algum acontecimento importante na minha vida					
11. Recebo ajuda quando estou doente na cama					

<b>Secção B - Questões acerca do contexto e da pessoa a quem presta cuidados</b>
--

**VII – Dados Contextuais**

**1 – Idade:** \_\_\_\_ anos      **2 - Sexo:**  Masculino     Feminino

**3 - Estado Civil:**

Solteiro(a)    Casado(a)    Viúvo(a)    Divorciado(a)    Outro, qual? \_\_\_\_\_

**4 - Escolaridade:**

Sem escolaridade    Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade

1.º ciclo do ensino básico (até à 4.ª classe)    2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano)    Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

Curso superior, qual? \_\_\_\_\_

Outro, qual? \_\_\_\_\_

**5 - Relação com a pessoa a quem presta cuidados (a pessoa a quem presta cuidados é seu/sua):**

Pai/Mãe    Filho(a)    Irmão(ã)    Sogro(a)    Marido/Esposa    Outra, qual? \_\_\_\_\_

**6 - Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?** \_\_\_\_ anos e \_\_\_\_ meses

**7 - Duração diária dos cuidados que presta (média):** \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos

**8 - Tem algum apoio na prestação de cuidados?**

Não    Instituição (apoio domiciliário, centro de dia, etc.)    Família    Amigos

Outro, quem? \_\_\_\_\_

**9 - Distância entre sua residência e à da pessoa a quem presta cuidados?**

Casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas)    Na mesma rua

Na mesma localidade    A menos de 10Km    A mais de 10Km

Coabitação, porque? \_\_\_\_\_

Outra, qual? \_\_\_\_\_

**10 - Presta cuidados a mais alguém (filho, marido/esposa, pai/mãe, etc.)?**

Não    Sim, a quem? \_\_\_\_\_

### VIII – Índice de Barthel, Modificação de Granger, et al.

(Granger, Albrecht & Hamilton, 1979)

As questões que se seguem procuram avaliar a capacidade funcional, da pessoa a quem presta cuidados, para realizar as atividades básicas de vida diária. Para isso, assinale para cada questão, a resposta que melhor traduz a situação da pessoa a quem presta cuidados se tiver que executar a atividade descrita.

É considerado independente se realiza as atividades sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima ou por qualquer razão que seja. Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas (por exemplo, se usa bengala/canadianas e não necessita de ajuda/supervisão de outra pessoa para caminhar é considerado independente nessa atividade).

Se necessita de supervisão/vigilância/orientação/auxílio nas atividades é considerado com ajuda.

Se é incontinente, não consegue realizar a atividade e/ou você tem que a executar por ele(a) é dependente.

	Independente	Com ajuda	Dependente
1. Beber de um copo			
2. Comer			
3. Vestir-se da cintura para cima			
4. Vestir-se da cintura para baixo			
5. Colocar cinto ou suspensórios			
6. Higiene pessoal			
7. Lavar-se ou tomar banho			
8. Controlar a urina			
9. Controlar as fezes			
10. Sentar-se e levantar-se da cadeira			
11. Sentar-se e levantar-se da sanita			
12. Entrar e sair do chuveiro			
13. Caminhar 50 metros sem desnível			
14. Subir e descer um lance de escadas			
15. Se não anda: move a cadeira de rodas			

## IX – Teste do informador

### Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE Short)

(Jorm, 1994)

Nós queremos que você se lembre como o seu familiar estava há 10 anos atrás, e compare com o estado em que ele(a) está agora. As questões abaixo são situações nas quais esta pessoa usa sua memória, ou inteligência e nós queremos que você indique se estas situações melhoraram, se permaneceram iguais ou pioraram, nos últimos dez anos. Por exemplo, se há 10 anos atrás esta pessoa se esquecia sempre de onde guardava as suas coisas, e ainda se esquece, isto seria considerado como “pouca mudança”.

Por favor indique as mudanças que observou marcando com um “X” a resposta apropriada.

Comparado com há 10 anos atrás como está esta pessoa, agora, a:

	Muito melhor	Um pouco melhor	Pouca mudança	Um pouco pior	Muito pior
1. Lembrar-se de coisas sobre os familiares e amigos (por exemplo, profissões, aniversários e moradas).					
2. Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo.					
3. Lembrar-se de conversas dos últimos dias.					
4. Lembrar-se da sua própria morada e número de telefone.					
5. Lembrar-se em que dia e mês estamos.					
6. Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente.					
7. Lembrar-se onde encontrar coisas que foram guardadas num lugar diferente do costume.					
8. Saber usar aparelhos domésticos que já conhece.					
9. Aprender a usar um aparelho doméstico novo.					
10. Aprender novas coisas em geral.					
11. Acompanhar uma história num livro ou na televisão.					
12. Tomar decisões em questões do dia-a-dia.					
13. Lidar com dinheiro para fazer compras.					
14. Lidar com as suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco.					
15. Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo decorreu entre as visitas de familiares ou amigos.					
16. Compreender o que se passa à sua volta e raciocinar sobre as coisas.					

## Anexo II – Autorização para utilização da ERA

---

### Pedido de permissão para utilização de questionário

---

Marco Pereira <marcopereira@fpce.uc.pt>  
Para: Marta Silva

8 de novembro de 2014 16:46

Cara Marta Silva,

Agradeço o seu email e interesse pela ERA. Pedia-lhe apenas que preenchesse o formulário que envio em anexo (é um pedido que habitualmente faço para meu registo). Quando eu receber o formulário, envio toda a informação disponível sobre a escala (questionário, sintaxe de cotação e artigo dos estudos preliminares).

Com os melhores cumprimentos,  
Marco Pereira

—

Marco Pereira, PhD  
<http://gaius.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 Coimbra  
PORTUGAL

---

### Pedido de permissão para utilização de questionário

---

Marco Pereira <marcopereira@fpce.uc.pt>  
Para: Marta Silva

12 de novembro de 2014 21:48

Cara Marta Silva,

Agradeço o envio do formulário. Envio em anexo uma pasta com as informações requeridas: questionário, sintaxe de cotação e artigo do livro de atas.

Votos de bom trabalho.  
Com os melhores cumprimentos,  
Marco Pereira



## Anexo III – Autorização para utilização da ESC

---

### Pedido de permissão para utilização de questionário

---

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>  
Para: Marta Silva

10 de novembro de 2014 12:09

Exma. Marta Silva, bom dia.

Conforme solicitado, envio a Escala de sobrecarga do Cuidador (ESC) e informo que a poderá utilizar no seu estudo, subordinado ao tema *Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente*.

O instrumento deve ser utilizado na íntegra e não pode ser adulterado.

As regras de cotação estão publicadas no livro *Cuidar de idosos com dependência física e Mental*, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.mundolivro.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contatar-me.

Envio formulário em anexo para a monitorização da sua utilização em Portugal e agradeço a sua devolução.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

---

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurlD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

<http://www.esenf.pt>



## Anexo IV – Autorização para utilização da EADS

---

### Pedido de permissão para utilização de questionário

---

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
Para: Marta Silva

9 de novembro de 2014 08:24

Autorizo a utilização da versão da escala que estudei para a população portuguesa.  
Mais informação encontra no site da DASS, acónimo da versão em inglês

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)



## Anexo V – Autorização para utilização da IQCODE

---

### Authorization for the use of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE Short)


---

Anthony Francis Jorm <ajorm@unimelb.edu.au>  
Para: Marta Silva

15 de novembro de 2014 00:58

Hello Marta  
You have permission to use the IQCODE. I have attached a review article on it.  
Best wishes for your project.  
Anthony Jorm  
[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

 **IQCODE-review-ip-2004.pdf**  
146K



## Anexo VI – Permissão dos responsáveis pelo Departamento Médico do CHBV

O Serviço de Medicina Interna tem atualmente posto de 4000 internamentos nas enfermarias dos três hospitais do CHBV. A maioria desses internamentos correspondem a doentes com elevado grau de dependência.

Um estudo que incida sobre os cuidadores reverte em benefício dos doentes, dos cuidadores e da instituição que os recebe.

Autorgado:  
 Alberto Lima  
 D.º M. de Serviço 2/11/18  
 Cuf.º Chefe Medicina II Cuf.º Resposta  
 16/11/2014

Marta Susana Martins da Silva, n.º mec. 3831  
 Cuf.º Resposta do Departamento: Cuf.º Resposta Est.º Med.º  
 15/11/2014

**Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 – 4ª Edição

Projeto efetuado sob a orientação de:  
 Professor Doutor João Duarte  
 Professora Doutora Marília Rua

Novembro de 2014



## Anexo VII – Autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHBV

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO  
 Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)  
 Matricula na Conservatória do Registo Comercial  
 de Aveiro  
 Capital Social 40.284.651 €  
 Pessoa Colectiva n.º 510 123 210

Ex.m.ª Senhora  
 Enf.ª Marta Susana Martins da Silva  
 Rua das Palmeiras, n.º 52  
 3780-415 São Pedro-Avelãs de Cima

S/ Ref.ª	S/ Comunicação de	N/ Ref.ª	Aveiro,
		057672	25-11-2014

**ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados, para estudo, subordinado ao tema "Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente".**

Em resposta ao pedido de V.Ex.ª para a realização da colheita de dados mencionada em epígrafe, informa-se que está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do  
 Conselho de Administração



(José Afonso)

G.M.

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício falar só de um assunto.



## Apêndices



## Apêndice I – Declaração de Consentimento Informado



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu encontramos-nos a realizar um estudo/investigação designado *Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente*. O presente estudo tem como objetivo analisar de que forma a perceção de sobrecarga dos cuidadores informais, de pessoa dependente, influenciam o seu estado de ansiedade, depressão e stress, quando mediadas pela resiliência.

A sua colaboração neste estudo de investigação reveste-se de elevada importância, é voluntária e consiste no preenchimento de questionários de autorresposta, sobre diferentes áreas da sua vida (individual, relacional, social, familiar), de forma a estudar os aspetos acima mencionados.

Enquanto investigadores deste projeto comprometemo-nos a garantir total anonimato e confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos por si e a utilizá-los somente para fins de investigação, sendo que a sua identidade nunca será revelada.

---

Assim, declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo e do que tenho de fazer para participar. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre os procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo. Em qualquer momento e por qualquer motivo posso desistir de colaborar neste estudo, sem prejuízo para os meus direitos.

Declaro, ainda, que aceito participar neste estudo.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura/Rubrica: \_\_\_\_\_

**Obrigado por dar a sua importante contribuição para este trabalho!**

**Investigadora:** Marta Silva



## Apêndice II – Declaração de Consentimento Presumido

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PRESUMIDO

Eu, Marta Silva, enquanto investigadora do estudo designado *Resiliência, sobrecarga e depressão do cuidador informal de pessoa dependente*, a realizar no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu, venho declarar que, de acordo com os números 2 e 3 do artigo 5º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, será garantido que “os dados recolhidos são os adequados, pertinentes e não excessivos para as finalidades prosseguidas” no referido estudo e que, os utentes sobre as quais vai incidir o estudo, são titulares “do direito de acesso aos dados pessoais recolhidos e podem exigir a retificação de informações inexatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas, nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro”.

Dado que o questionário será aplicado a cuidadores informais e inclui algumas questões acerca da pessoa dependente a quem este presta cuidados, utiliza-se o princípio do consentimento presumido da pessoa dependente, de acordo com os números 1 e 2 do artigo 39º do Código Penal, segundo o qual existe consentimento presumido “quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”.

Marta Susana Martins da Silva



---

Aveiro, Novembro de 2014