

*“NÃO HÁ HEROÍSMO MAIOR QUE
O DE AMAR E TRATAR DOS OUTROS”.*

Brown, Pam N. (2000)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Madureira Dias agradeço a sua orientação, sugestões, ideias, conselhos e a sua infinita disponibilidade, tolerância e compreensão. Agradeço-lhe também por ter confiado que eu seria capaz.

Aos restantes docentes e colaboradores do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo contributo dado durante a formação.

Aos cuidadores informais da pessoa com IRC em hemodiálise que gentilmente aceitaram responder aos questionários.

A todos os que, aqui ficando anónimos, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O processo de cuidar um familiar portador de Doença Crónica progressiva é delicado e acarreta para os cuidadores informais uma sobrecarga que é potencialmente promotora de *stress*, ansiedade, evoluindo por vezes para um processo disruptivo do equilíbrio familiar, não tendo muitas vezes qualquer apoio de retaguarda.

A presente investigação tem como objetivo avaliar quais as estratégias de *coping* do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodialise.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, onde recorremos a aplicação de um questionário constituído por três partes: uma colheita de dados sociodemográficos; uma Escala de Graffar (Grunberg, 1980) para avaliação do nível socioeconómico e uma “Carers’ Assessment Management Index” - CAMI (Sequeira, 2007) para avaliação das estratégias de *coping*. Participaram 60 cuidadoras informais, de pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise no Serviço de Nefrologia e Diálise do CHTV e no Centro Médico e Diálise de Mangualde que se encontravam no momento, entre Abril e Junho de 2011. A maioria (66.7%) é do sexo feminino com idade média 57 anos, casados (81,7%), reformados (48,3%) e conjugues (57,9%) da pessoa com IRC em hemodiálise. O perfil médio revela cuidadores com nível socioeconómico reduzido, família de classe inferior alta, (45.1%) e sem apoio social (68,4%).

Os nossos resultados mostram que as estratégias de *coping* do cuidador informal são independentes das suas variáveis sociodemográficas e socioeconómicas. Contudo ao analisarmos as três dimensões da CAMI, apesar de valores pouco expressivos verificamos que os cuidadores casados, com emprego e filhos da pessoa IRC têm as melhores estratégias de *coping*; o sexo e a idade não as influenciam.

Para a promoção e melhoria das estratégias de *coping* do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodialise, é necessário que os profissionais de saúde estejam despertos para a importância de intervirem na identificação das causas do seu *stress* e no desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes.

ABSTRACT

The process of caring for a family member suffering from a progressive Chronic Disease is delicate and entails for informal caregivers an overload that is potentially promoter of stress and anxiety, evolving sometimes to a disruptive process of family balance, not having many times any background support.

The present research aims to assess which strategies of coping of informal caregiver of the person with chronic renal failure in hemodialysis.

This is a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study, where we are applying a questionnaire consisting of three parts: a collection of socio-demographic data; a Graffar scale (Grunberg, 1980) for assessment of socio-economic level and a Carers' Assessment Management Index "- CAMI (Sequeira, 2007) for coping strategies evaluation. 60 informal carers of people with chronic renal failure in hemodialysis participated in the service of Nephrology and Dialysis of CHTV and the Medical Center and Dialysis of Mangualde between April and June 2011. The majority (66.7%) is female with the average of 57 years, married (81.7%), retired (48.3%) and spouses (57.9%) of the person with IRC in hemodialysis. The average profile reveals caregivers with reduced socioeconomic level, higher lower-class family (45.1%), and without social support (68.4%).

Our results show that the coping strategies of the informal caregiver are independent of their socio-economic and socio-demographic variables. However when considering the three dimensions of CAMI, in spite of not expressive values of married caregivers, employed with children of the IRC person have the best coping strategies; sex and age did not influence.

For the promotion and improvement of the coping strategies of informal caregiver of the people with chronic renal failure in hemodialysis, it is necessary that health professionals are aware of the importance in intervening in the causes of stress and develop effective coping strategies.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1 – INTRODUÇÃO	19
1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 – REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	25
2.2 – CUIDADOR INFORMAL	30
2.3 – DOENTE RENAL CRÓNICO	35
2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO	
3 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	43
3.1 – ENQUADRAMENTO DO TEMA	43
3.2 – PARTICIPANTES	46
3.3 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	48
3.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	51
3.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	52
4 – RESULTADOS	55
4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	55
4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	58
5 – DISCUSSÃO	65
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	65
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
6 – CONCLUSÕES	71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR INFORMAL	87
APÊNDICE II – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS.....	93
APÊNDICE III – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS.....	99
APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	107
ANEXO I – AVALIAÇÃO NÍVEL SOCIOECONÓMICO DO CUIDADOR INFORMAL (ESCALA DE GRAFFAR).....	113
ANEXO II - ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DO CUIDADOR INFORMAL (CAMI).....	117
ANEXO III - CONSISTÊNCIA INTERNA DO ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	125

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos cuidadores informais em função do sexo	47
Quadro 2 – Características dos cuidadores informais em função do sexo	48
Quadro 3 – Categorias do CAMI e respetivos itens	50
Quadro 4 – Consistência interna do Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do cuidador informal	51
Quadro 5 – Estatísticas relativas à idade da pessoa com IRC em função do sexo	55
Quadro 6 – Características da pessoa com IRC em função do sexo	56
Quadro 7 – Caracterização do nível socioeconómico dos cuidadores informais em função do sexo	57
Quadro 8 – Estatísticas relativas ao nível socioeconómico dos cuidadores informais	57
Quadro 9 – Apoio Social que os cuidadores informais recebem em função do sexo	58
Quadro 10 – Relação entre as Estratégias de <i>Coping</i> dos cuidadores informais e o sexo	59
Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, Situação Laboral e grau de parentesco com as Estratégias de <i>Coping</i>	60
Quadro 12 – Regressão Linear simples entre a Idade do cuidador informal e as Estratégias de <i>Coping</i>	61
Quadro 13 – Regressão Linear simples entre a nível socioeconómico e as Estratégias de <i>Coping</i>	61
Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre o apoio social do cuidador e as Estratégias de <i>Coping</i>	62
Quadro 15 – Regressão Linear simples entre a idade da pessoa com IRC e as Estratégias de <i>Coping</i> do cuidador	62

Quadro 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil da pessoa com IRC e as Estratégias de *Coping* do cuidador.....63

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Articulação das variáveis.....	45

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CV – Coeficiente de Variação

Dp – Desvio Padrão

DFG – Débito Filtrado Glomerular

DRC – Doença Renal Crónica

et al. – E outros

H – Teste de Kruskal-Wallis

HD – Hemodialise

IRC – Insuficiente Renal Crónico

K – *Curtose*

K-S – *Kolmogorov-Smirnov*

NSE – Nível Socioeconómico

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – probabilidade de erro

r – Correlação de *Pearson*

S/K – Simetria

t – *t de student*

U – Teste *U-Mann-Whitney*

vs – versus

X – média

X² – Teste qui.quadrado

1 – INTRODUÇÃO

Cuidar de indivíduos portadores de doenças crônicas pode gerar situações de *stress* que, se não forem elaboradas adequadamente, poderão trazer transtornos tanto para o cuidador, como para o indivíduo doente e seus familiares.

Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, crônicas ou agudas, têm sido objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se interligados com estudos das diferenças individuais.

O *stress* do prestador de cuidados não é um evento, mas uma combinação de circunstâncias, experiências, respostas e recursos que variam consideravelmente entre cuidadores e que, conseqüentemente, diferem no seu impacto, na saúde e comportamento de quem desempenha o papel (PEARLIN et al., 1990).

Durante vários anos, o *stress* foi amplamente visto como o resultado principal da experiência de cuidar. Investigações atuais sugerem, no entanto, a coexistência de emoções negativas e positivas nos indivíduos que se tornam cuidadores (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004); (GRANT et al., 1998); (NOONAN; TENNSTEDT; REBELSKY, 1996).

Parece que, muitas das satisfações descritas, estão ligadas ou resultam da adoção de estratégias de *coping* bem-sucedidas (GRANT et al., 1998); (NOONAN; TENNSTEDT; REBELSKY, 1996).

Na perspectiva de Lazurus e Folkman (1984), a doença prolongada pode ser interpretada como uma situação de crise e, enquanto situação de crise, a doença prolongada de um membro da família gera instabilidade, podendo o *stress* ser um resultado dessa crise.

Nos dois estádios iniciais a progressão da doença renal crônica é morosa, pelo que a pessoa adapta-se facilmente às alterações subtis que vão surgindo. Terril (2002) refere que à medida que a função renal declina, a pessoa com DRC experiencia o envolvimento de todos os sistemas do seu corpo. A qualidade de vida é alterada, e é exigido um maior ajustamento nos aspetos físicos, social e psicológicos da sua vida.

Avaliar o impacto da dependência causada pela doença, e em particular pela doença crônica, na família, é também explorar o que pensa a família, com respeito à sua percepção

da doença. A perceção da família desempenha um papel fundamental na determinação do impacto que tem a doença, nas estratégias que usa e, por fim, nas reações físicas e psicológicas que ocorrem (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

No que respeita á família, Winkes (1983), perspetiva-a como um sistema de interações composta por vários subsistemas (o dos conjugues, o das relações pais/filhos e o dos irmãos), em que problema de um dos seus membros afeta os outros.

Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (PAÚL, 1997). Uma das formas da família proporcionar esse apoio consiste na adjudicação de um cuidador principal. Culturalmente, o papel de cuidador principal já está previamente atribuído a determinados membros, cujo perfil, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (MARTÍN, 2005; BRITO, 2001; PAÚL, 1997).

Karp e Tanarusgsachock (2000), ao estudarem a gestão das emoções dos cuidadores concluíram que no caso dos cônjuges, as emoções negativas raramente refletem apenas as circunstâncias do momento, mas são fruto de um conjunto de circunstâncias construídas ao longo do tempo. Iguamente, os sentimentos positivos e afetividade entre marido e mulher são inseparáveis da história marital que foram construindo.

Brown e Stetz, citados por Brito (2001), consideram que a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

No âmbito de um contexto social pautado por profundas alterações na estrutura familiar e pela insuficiência e inadequação de equipamentos e serviços às pessoas idosas e de falta de apoio aos seus cuidadores, decidimos investigar o impacto que o cuidado pode ter na vida das famílias, procedendo à avaliação subjetiva dos cuidadores, para conhecer as suas perceções e sentimentos.

Nesta perspetiva vamos fazer a investigação cujo tema é: ***“Estratégias de coping do cuidador informal, da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise”***.

Tem como principal ponto de interesse o facto de estarmos perante dois temas pertinentes pois se por um lado, as doenças crónicas têm vindo a adquirir uma importância crescente nos problemas que se colocam ao sistema de saúde e de proteção social, por outro para minimizar este problema, as famílias são hoje cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de prestadora dos cuidados.

Esta investigação justifica-se pela necessidade de conhecer a situação dos cuidadores informais de pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise, os quais não têm na comunidade qualquer apoio de retaguarda.

Com a sua realização pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores que condicionam as estratégias de *coping*;
- Analisar as estratégias de *coping* com alguns parâmetros sociodemográficos e socioeconómicos do cuidador;
- Avaliar o grau de eficácia das estratégias de *coping* do cuidador informal.

É uma investigação de cariz transversal, explicativo descritivo, retrospectivo, correlacional e quantitativo.

Utilizamos uma amostra do tipo não probabilística acidental, constituída pelos cuidadores informais da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise, no distrito de Viseu.

Como instrumento de colheita de dados elaboramos um questionário onde se incluiu dados para caracterização; sociodemográfica e socioeconómica do cuidador informal e caracterização sociodemográfica da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise, bem como o índice de avaliação das estratégias de *coping* do cuidador (CAMI).

Este trabalho está organizado em seis capítulos.

O primeiro capítulo reporta-se à introdução. Nele pode ser encontrada a explicitação do problema, o tipo, a justificação, a finalidade e objetivos do estudo e também, a referência à estrutura do trabalho.

O segundo capítulo é consagrado á pesquisa bibliográfica, onde iremos explanar sobre as estratégias de *coping*, o cuidador informal e a doença renal crónica.

Os quatro capítulos seguintes são dedicados ao estudo propriamente dito. Assim o terceiro capítulo conclui o desenho do estudo, as opções metodológicas (material e métodos) e os procedimentos estatísticos. Quanto ao quarto capítulo faz-nos a apresentação e análise dos dados. A discussão dos dados da investigação é objeto do quinto capítulo. Finalmente, no sexto capítulo, apresentam-se as conclusões, sugestões e implicações para a investigação.

A finalidade da nossa investigação é poder, contribuir para que os cuidadores informais da pessoa insuficiente renal em hemodiálise consigam estratégias mais eficazes de lidar com os sintomas de *stress* do cuidar. Pois não obstante a importância em cuidar da

pessoa, é igualmente relevante olhar para o cuidador informal, nomeadamente para o seu próprio bem-estar, motivações, dificuldades e particularidades do seu papel.

1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – REVISÃO DA LITERATURA

O aumento do número de idosos e de doenças crônicas que se prolongam para o fim da vida implicam uma maior necessidade de cuidados a esta população. Dadas as poucas respostas dos profissionais de saúde face a esta situação e a diminuição da capacidade financeira da população em geral, outro tipo de apoios, sem ser institucionais, têm que ser acionados (EKWALL; SIVBERG; HALLBERG, 2004); (BORG; HALLBERG, 2006).

A prestação informal de cuidados é entendida como uma “atividade tipicamente prestada por familiares ou amigos chegados a uma pessoa que já não consegue gerir todos os aspetos da vida diária e cuidados pessoais” (FIGUEIREDO, 2007a).

O indivíduo que se torna cuidador fica envolto numa situação desafiante e difícil de gerir, que pode representar uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social.

Na tentativa de contextualizar o *stress*, três grandes linhas de investigação têm orientado a pesquisa: a fisiológica, que estuda simplesmente as respostas biológicas do organismo perante estímulos externos; a sociológica, que investiga a influência da vida social no bem-estar das pessoas e a psicológica, que define o *stress* como o resultado de transações entre a pessoa e o ambiente, nomeando como objeto principal de estudo as condições indutoras de *stress* (fatores de *stress*) e, sobretudo, a forma como as pessoas as avaliam e lidam com elas. Parece ser consensual que a abordagem transaccional explicada na linha psicológica se apresenta como a mais completa no estudo do *stress* nos cuidadores informais. Dentro desta, os modelos transaccionais de Lazarus e Folkman (1984) e de Pearlin e colaboradores (Pearlin et al., 1990) surgem como as principais referências.

2.1 - ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Durante vários anos, o *stress* foi amplamente visto como o resultado principal da experiência de cuidar. Investigações atuais sugerem, no entanto, a coexistência de emoções negativas e positivas nos indivíduos que se tornam cuidadores. Parecendo que, muitas das satisfações descritas, estão ligadas ou resultam da adoção de estratégias de *coping* bem-

sucedidas (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004); (GRANT et al., 1998); (NOONAN; TENNSTEDT; REBELSKY, 1996).

As estratégias de *coping* têm sido vinculadas a fatores situacionais. Folkman e Lazarus (1985) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, apontando que estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação stressante. Dada esta variabilidade nas reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa. Eles preconizam a qualidade de vida e o que entendemos por saúde mental e física estão ligadas às formas de avaliar e afrontar o *stress*.

O *stress* psicológico é uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente/meio que é avaliado por este como ameaçador ou que vai para além dos seus recursos e que põe em perigo o seu bem-estar (LAZURUS; FOLKMAN, 1984). Trata-se, portanto, de uma relação entre o indivíduo e o meio, na qual se têm em conta as características do sujeito por um lado e a natureza do meio por outro.

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) a sua função é de administração da situação de *stress*, ao invés do controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

O impacto de uma situação stressante é influenciado pela forma como a pessoa interpreta a situação e pelas estratégias de *coping* que usa. As estratégias de *coping* podem ser definidas como aqueles esforços cognitivos e de conduta constantemente mutáveis que se desenvolvem para manejar as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedentes dos recursos do indivíduo (LAZURUS; FOLKMAN, 1984, p.164).

O conceito de *coping* tem sido definido e avaliado por diferentes investigadores o que de certa forma tem dificultado o seu entendimento. Lazarus e Folkman (1984) definiram-no como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas ou externas que excedem as capacidades dos indivíduos. O processo de *coping* inicia-se quando a pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004; RAMOS, 2001).

Como consequência imediata desta avaliação, dá-se a resposta ao *stress*, que se traduz numa reação total do organismo que inclui sinais e sintomas. Face a estes sinais e sintomas, a pessoa envolve-se em determinadas estratégias de *coping* com vista a alterar a situação, ou a forma como a mesma a afeta (RAMOS, 2001).

Se as estratégias empreendidas forem adequadas e eficazes, a pessoa resolve a situação de *stress*; se as estratégias de *coping* utilizadas forem inadequadas e ineficazes, a situação de *stress* não é resolvida e emoções negativas prevalecem (RAMOS, 2001; FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004).

As estratégias de *coping* podem ser divididas em dois grupos distintos de acordo com sua função: *coping* focalizado na emoção e *coping* focalizado no problema (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). O primeiro grupo engloba estratégias cujo objetivo seja lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento do *stress*. Exemplos desse tipo de estratégia seriam fazer uma caminhada, utilizar técnicas de relaxamento, entre outros. As estratégias focalizadas no problema são comportamentos que promovem mudanças diretamente na situação geradora de *stress* com o objetivo de modificar de alguma forma o evento que está exigindo a adaptação do indivíduo. Estratégias para enfrentar o *stress* externo poderiam ser, por exemplo, fazer uso de habilidades de solução de problemas e planeamento (SEIDL et al, 2001); desenvolvimento de repertório apropriado para obtenção de fontes de reforço social, como autocontrole e assertividade (COELHO, 1998); e ainda busca de suporte social, religioso e de lazer (SEIDL et al., 2001).

As estratégias focadas na emoção são mais eficazes para os cuidadores primários. Estudos anteriores concluíram que adultos mais velhos tendem a utilizar mais estratégias centradas nas emoções do que os mais adultos mais novos (PAPALIA et al., 2002).

Para Compas (1987), ambas as estratégias de *coping*, focalizada no problema e focalizada na emoção são importantes, mas a sua eficácia é caracterizada por flexibilidade e mudança. Novas demandas requerem novas formas de *coping*, pois uma estratégia não é eficaz para todos os tipos de *stress*. O resultado de uma estratégia de *coping* é difícil de avaliar porque pode mudar com o tempo. Além disso, uma estratégia de *coping* que alivia imediatamente o *stress* pode ser a causa de dificuldades posteriores.

A eficácia do *coping* continua a ser um tema enigmático e complexo, todavia a conceção original de que as estratégias focadas no problema seriam mais eficazes que as focadas na emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1985), parece estar a ser substituída por duas ideias que se conjugam: numa situação geradora de *stress* as pessoas tendem a adotar ambas as estratégias; e é o equilíbrio entre as estratégias focadas no problema e as focadas na emoção que está na base da eficácia do *coping* (BRITO, 2001); (FIGUEIREDO,

2007); (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004); (KNUSSEN et al., 2008); (NOLAN; GRANT; KEADY, 1996).

O *coping* assume-se então como um mecanismo fundamental na explicação das diferenças individuais que se registam como resposta ao *stress* da tarefa de cuidar (KIM; KNIGHT, 2008).

De um modo geral, existem dois tipos de *coping*, consoante a atividade cognitiva e comportamental se aproxima ou se afasta do *stress*: confrontação ou evitamento (RAMOS, 2005). O mesmo autor diz ainda que *coping* de confrontação define a orientação para o *stress* e o emprego de estratégias que ajudam a lidar aberta e diretamente com ele, na procura da sua resolução. Por sua vez, o *coping* de evitamento define o afastamento em relação ao *stress*, através de estratégias de negociação e de fuga, e tem por objetivo evitar lidar aberta e diretamente com o mesmo. Se as pessoas considerarem que o *stress* constitui uma ameaça à sua saúde, ficam imediatamente inclinados para usar um *coping* de evitamento. Se consideram que a exigência não é exageradamente ameaçadora, tendem a optar pelo *coping* de confrontação. Uma vez avaliada a dimensão do *stress*, a pessoa procura ver o que pode fazer para lidar com situação e começa a pensar nas estratégias de *coping* que lhe parecem mais adequadas.

Segundo Lazarus e Folkman (1984, cit. por RAMOS, 2005) pode-se escolher entre dois tipos de estratégias para lidar com a situação, definidas por como:

Coping orientado para o problema ou instrumental (quando as pessoas agem diretamente sobre as circunstâncias do ambiente e sobre as exigências que proporcionam).

Coping orientado para as emoções ou paliativo (quando as pessoas alteram a forma como interpretam determinado acontecimento, procurando reduzir o mal-estar que o mesmo lhe proporciona).

Pearlin et al. (1990) chamam a atenção para a utilidade de analisar as estratégias de *coping* tendo em conta as suas funções. Os autores sugerem a divisão das estratégias em três grandes tipos:

Lidar com os acontecimentos (*coping* instrumental);

Lidar com os significados (*coping* paliativo);

Lidar com as consequências, isto é gerir as consequências ou resultados do *stress* (como a ansiedade ou a depressão).

Existe uma quarta função, a de prevenir ou impedir o surgimento de fontes de *stress*. Contudo este papel preventivo do *coping* tem sido subestimado pela investigação, que

normalmente é desenhada para observar as estratégias de *coping* após o surgimento dos problemas e não antes (PEARLIN, 2002).

A análise das estratégias de *coping* segundo as suas funções orientou igualmente o estudo de Nolan, Grant e Keady (1996) e de acordo com os seus resultados, os tipos de *coping* instrumental e paliativo são igualmente utilizados e percecionados como eficazes. Já as estratégias que visam lidar com as consequências são no geral as menos aplicadas. Os indivíduos tendem a recorrer a estas técnicas apenas quando as estratégias anteriores falham, não se encontram disponíveis ou não são passíveis de ser empreendidas. Resultados semelhantes foram também encontrados em estudos efetuados em Portugal por Brito (2001) e Figueiredo (2007b).

A importância de se desenvolver repertório de habilidades de enfrentar é justificada por Torres e Coelho (2004), "...se a forma pessoal de reagir diante de acontecimentos vitais são pilares para desenvolver maior ou menor resposta ao *stress*, a implementação de um repertório de habilidade para os enfrentar, levaria à minimização da adversidade e à eliminação de respostas de fuga/esquiva, resultando num aumento da perceção de controlo pessoal e maiores possibilidades de o enfrentar bem-sucedidos. As mesmas autoras afirmam ainda que uma das habilidades mais importantes a ser aprendida é o "observar e lidar com as contingências", pois isso possibilitará um repertório mais adaptado e o desenvolvimento de maior tolerância aos eventos incontroláveis e imprevisíveis, características comuns dos eventos de *stress*. Assim esse comportamento será reforçado pelas suas consequências positivas, permitindo que as respostas aos eventos de *stress* sejam mais adaptativas.

Beresford (1994) salienta que o processo de *coping* não pode ser simplificado pois, quando um indivíduo lida com o *stress*, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, consecutivamente e em combinação. Assim, o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundido pelo efeito de outras estratégias. Diz ainda que embora o julgamento sobre a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de *coping* tenha-se mostrado extremamente subjetivo em muitas pesquisas, *coping* deve ser visto como independente do seu resultado.

De acordo com Jorge (2004) *stress* é constituído pela discrepância entre as capacidades adaptativas da pessoa e as exigências ambientais, tendo um impacto sobre a saúde do indivíduo. Trata-se de um nível intenso de estimulação e ocorre quando as exigências ultrapassam a capacidade de adaptação do indivíduo.

2.2 - CUIDADOR INFORMAL

O ato de cuidar é uma atividade milenar, universal desde que existe a humanidade, tomando aspectos particulares consoante a cultura, a época e as situações.

Para Collière (2003), “cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana”. Quando se fala de cuidar, implica falar de relação de ajuda entendida como uma forma de cuidar numa perspectiva de satisfazer as necessidades fundamentais dos doentes.

O cuidador informal é o principal agente do sistema de apoio familiar, na assistência ao indivíduo com problemas de saúde no seu domicílio, o qual desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidar de uma forma continuada.

Para Sequeira (2010, p.156), denominam-se cuidados informais os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos.

Apesar das alterações verificadas nos últimos tempos na estrutura familiar esta constitui o principal suporte básico e emocional à pessoa doente, mas o diagnóstico de uma doença grave desencadeia angústia, sofrimento e medo para o doente e para a família, a qual em regra procura ajuda nos mecanismos de adaptação (processos psicológicos implicados no ajustamento a mecanismos stressantes relacionados com doença crónica) para lidar com o doente e a doença.

A convivência diária com o sofrimento e a prestação de cuidados por longos períodos de tempo são geradoras de situações de crise, afetando a saúde física e psíquica do cuidador, traduzindo-se em frustração, cólera, diminuição da concentração, ansiedade e irritabilidade, e desenvolvem outras alterações que determinam problemas laborais, familiares, económicos e sociais, mesmo quando esta prestação é assumida com grande satisfação e carinho.

Segundo Zoboli (2001), “o imperativo moral para as mulheres configura-se na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como o dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à autorrealização”.

Na perspectiva de Squire (2005), o conceito de cuidar emerge sob a forma de prestar cuidados, percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família. Assim, prestar cuidados pode ser visto como a arte de tomar conta. Neste contexto, acrescenta que podem existir três dimensões nos cuidados:

responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer/responder as necessidades de alguém e, sentir preocupação, interesse, consideração, afeto pela pessoa de quem se cuida.

Segundo Neri e Carvalho (2002, cit. por SEQUEIRA, 2007, p.98) “fazem outro tipo de diferenciação, de acordo com o contexto do cuidar. Assim, diferencia o cuidador informal em cuidador principal/primário; cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo deste modo a existência de uma “rede” de cuidadores e não apenas um único cuidador”.

Os autores anteriores defendem que o cuidador primário ou principal é aquele que presta a maior parte dos cuidados, que não é remunerado e sobre quem recai a responsabilidade pelo cuidar. O principal cuidador realiza mais de metade do cuidado informal à pessoa dependente, tarefas essas que se encontram relacionadas com o transporte, tarefas domésticas, preparação de refeições, cuidados com a roupa, cuidados pessoais, apoio financeiro, entre outras em que o indivíduo afetado seja dependente.

O cuidador secundário não tem a responsabilidade de cuidar e ajuda na prestação de cuidados de forma casual ou regular. Este cuidador substitui o cuidador principal quando este se ausenta ou em situações de emergência. O cuidador terciário ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência e não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (SEQUEIRA, 2007).

O mesmo autor afirma que, “o tipo de necessidade de cuidados e a gravidade da situação clínica vão determinar a frequência e a intensidade dos cuidados a prestar e, conseqüentemente, ter influência na adoção do papel de cuidador”.

Martín (2005) afirma que os fatores determinantes na escolha do cuidador informal são: a relação familiar, a coresidência, o género do cuidador e da pessoa cuidada e as condicionantes respeitantes aos descendentes.

Segundo Martins, Ribeiro e Garret (2003, cit. por SEQUEIRA, 2007), as repercussões negativas que se encontram associados ao cuidar são habitualmente designadas por “peso”, “sobrecarga”; “*stress*”; devido a frustração, isolamento, depressão, ansiedade e outros problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais, fadiga, raiva, conflito familiar, culpa, alterações emocionais, entre outros.

Em relação à saúde física e mental, as conseqüências da prestação de cuidados informal são: maior incidência de doenças psiquiátricas, cansaço físico, sensação de deterioração gradual do estado de saúde, sintomas depressivos (sentimentos de tristeza, desespero, inquietação, frustração, ...) e sentimento de ansiedade e preocupação do estado de saúde do familiar de que cuidam, (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004). No entanto, o ato de cuidar também pode ser uma fonte de repercussões positivas a nível pessoal e social.

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

Assim, desempenhar com sucesso o papel de prestador de cuidados pode melhorar a autoestima, a realização pessoal e o reconhecimento social.

Atualmente, as famílias são chamadas a prestar cada vez mais cuidados, atividades que interferem com a dinâmica e funcionamento familiar, trabalho e responsabilidades sociais.

Sabe-se, que cuidar um familiar não é, geralmente, uma atividade partilhada. Dentro da família, a prestação de cuidados não se reparte equitativamente entre os seus membros, uma vez que existe um cuidador principal. Cuidador informal e família cuidadora são termos que se reportam a indivíduos não pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados. Podem ser cuidadores primários ou secundários, trabalhar ou não a tempo inteiro e viver junto ou separadamente da pessoa cuidada (COZETTE; GRAMAIN; JOËL, 2002)

Brown e Stetz (1999) consideram que a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Também Bowers (1987 cit. por NOLAN et al. 1996; PAUL 1997), ao se referir às várias tipologias propostas acerca do processo de prestação de cuidados, sugere que muito do trabalho de 'prestar cuidados' é invisível, no sentido de que não apresenta comportamentos observáveis, nem é aparente até mesmo a quem recebe os cuidados. Inclui todo um conjunto de componentes do cuidar, mais subtis e menos tangíveis, ligados à gestão do quotidiano e de ordem afetiva.

O processo de prestação de cuidados é então, basicamente, um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem presta cuidados, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, dos sistemas de crenças e, fundamentalmente, de como o prestador de cuidados percebe todos esses fatores (NOLAN et al., 1996; PAUL, 1997).

A literatura tem definido a prestação de cuidados informais como uma atividade resultante de interações entre um membro da família (ou amigos e vizinhos) que ajuda outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade (FIGUEIREDO, 2007; LAGE, 2005).

De entre a rede familiar do indivíduo necessitado de cuidados, surge um membro que habitualmente se constitui como mais diretamente envolvido nos cuidados prestados. Este membro da família é considerado o cuidador principal. Portanto, o cuidador informal é um indivíduo sem formação profissional que presta cuidados e apoio a outro indivíduo, podendo ser familiar direto, indireto ou amigo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1999, cit. por CASTILLO et al., 2008) o cuidador principal é aquele que assume voluntariamente o papel responsável pelo doente, que está disposto a tomar decisões pelo paciente, para o paciente e a responder às necessidades básicas do mesmo, seja de forma direta ou indireta.

Atualmente, alguma da literatura descreve «a carreira do cuidador» como um processo ou trajetória do cuidado que ocorre, particularmente, em situações que implicam cuidados a longo prazo (FRIEDMAN; BOWDEN; JONES, 2003).

Aneshensel et al. (1995) deram um contributo importante à compreensão do cuidado informal, quando estabeleceram que cuidar é uma carreira que evolui no tempo e que, contrariamente a outras, não é planeada, nem esperada e quase nunca escolhida. É uma carreira que evolui num *continuum*, que vai das trocas sociais normais entre pessoas completamente independentes até à prestação de cuidados que pode envolver diferentes tipos de assistência. A progressão do cuidado ao longo do tempo é influenciada tanto por fatores objetivos, como as características do idoso e as capacidades do cuidador, mas principalmente pela avaliação subjetiva que este faz da experiência.

Segundo os mesmos autores, a história da prestação de cuidados começa quando um familiar é acometido de uma situação crónica, cujo início pode ou não ser insidioso e virtualmente impercetível, e que determina que os padrões de vida familiar comecem a ficar irreversivelmente alterados.

Autores como Ward-Griffin e McKeever (2000); Wright e Bell (2004); Richards e Lilly (2005) referem que na atualidade, as famílias são reconhecidas como o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares.

O trabalho efetuado pelos prestadores informais deve ser reconhecido e os serviços devem encarar a sua participação como um recurso que deve ser fortalecido e não substituído ou subvertido (ANESHENSEL et al., 1995).

Tem sido continuamente demonstrado que as intervenções que têm por base uma perspetiva salutogénica – potenciando estratégias de *coping* e desenvolvendo competências para o cuidar – são mais suscetíveis de resultar em benefícios terapêuticos do que aquelas

que se edificam em modelos patogénicos, que visam apenas a redução da sobrecarga (TENNSTEDT, 1999; RAMOS, 2005).

Segundo Sequeira (2010), os cuidadores informais assumem, um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. O resultado do processo de cuidar de um idoso está intimamente ligado com as capacidades adaptativas do familiar cuidador.

A incapacidade consequente das doenças crónicas ou do processo de senescência não implica necessariamente dependência. A incapacidade é considerada como dificuldades na execução de atividades consideradas normais para o ser humano, devido a um défice de funcionamento (OMS, 2004). Já a dependência é considerada como um “estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998, cit. por FIGUEIREDO, 2007).

Contudo, de acordo com Paúl (1997, cit. por PEREIRA, 2009) ser cuidador nunca corresponde a uma situação de escolha assumida, contrariamente, por exemplo, aos profissionais de saúde que formalmente e de livre vontade assumem a tarefa de cuidar de outrem.

Imaginário (2008) refere “A tarefa de cuidar (...) pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal. Assim os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e a prestação direta de cuidados (...) Num horário ininterrupto, sem limite de tempo.” O mesmo autor refere ainda que “ (...) os cuidadores (...) manifestam o abandono do seu autocuidado, falta de descanso e conforto”.

É necessário criar interfaces que possibilitem a informação, preparação, treino, apoio e suporte do cuidador, para ajudar no desempenho desta nobre tarefa que é cuidar de alguém dependente, ou seja, ajudar alguém a viver da forma mais satisfatória e digna possível mesmo quando se encontrar numa situação de dependência (SEQUEIRA, 2010, p. XXV).

2.3 - DOENTE RENAL CRÓNICO

A Insuficiência Renal Crónica (IRC) é considerada uma pandemia do século XXI e a Sociedade Portuguesa de Nefrologia avalia como uma “nova epidemia negligenciada da modernidade”.

É uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. A sua evolução caracteriza-se por ser geralmente insidiosa, em que os sinais e sintomas se desenvolvem ao longo de vários anos embora, na sua origem, possa estar uma Insuficiência Renal Aguda que rapidamente evolui de forma desfavorável (CRISTOVÃO, 1998).

Sabe-se que os principais fatores de risco para desenvolver IRC são: diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento e história familiar da doença e que, independente do diagnóstico etiológico, a presença de dislipidemias, obesidade e tabagismo podem acelerar o curso da doença. Existe a possibilidade de intervenção no curso da doença renal através da vigilância da saúde a indivíduos portadores dos fatores de risco. As doenças crónicas são processos de longa duração, e, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, muitas vezes, ainda são incuráveis, como é o caso.

Infelizmente, por vezes a IRC é diagnosticada tardiamente e o indivíduo pode permanecer assintomático durante anos, já que os rins podem manter sua função com 50% ou menos de seu parênquima renal funcionante, pois os néfrons remanescentes são capazes de se adaptarem à nova condição multiplicando em várias vezes seu ritmo de trabalho.

Segundo Ponce (2009) a doença renal crónica, divide-se em estádios que ajudam a estratificar o prognóstico e planejar as prioridades terapêuticas:

Estádio 1 – Existe lesão renal, mas o Débito Filtrado Glomerular (DFG) é > 90 ml/min., envolve cerca de 4.5% da população. Nestes doentes o nosso esforço deve incidir sobre o diagnóstico etiológico da síndrome nefrológica presente;

Estádio 2 – Está presente uma lesão renal com o DFG 60 a 90 ml/min. Envolve cerca de 4% da população, para além do diagnóstico causal, é importante detetar fatores de risco de progressão da insuficiência renal;

Estádio 3 – Redução moderada do DFG 30 a 60 ml/min, envolve 3% da população, devemos tratar as complicações da DRC e limitar o uso de nefrotóxicos;

Estádio 4 – O DFG é de 15 a 30 ml/min., envolve 0.5 a 1.5% da população, a referência precoce a consulta de nefrologia melhora o prognóstico e a aderência às recomendações terapêuticas;

Estádio 5 – O DFG <15 ml/min, envolve 0.1% da população, incluindo os doentes já em terapêutica substitutiva da função renal (diálise ou transplantação).

Segundo Guimarães (1996, cit. por MESSA, 2008), as doenças crónicas podem ter carácter hereditário, ou podem ter causas multi-factoriais motivadas por um estilo de vida prejudicial ao indivíduo relativamente à alimentação, comportamentos aditivos, atividades físicas, padrão do sono.

Para Roth (1996), a doença, e em particular a doença crónica, constitui uma crise particularmente dramática porque acrescenta um conjunto de tensões e exigências que interagem com as mudanças normativas que as famílias experimentam. O *stress surge*, então, como um fenómeno comum durante esta transição crítica, com repercussões no sistema familiar.

Porém, como subscreve Van Riper (2005), enquanto a doença aguda requer, habitualmente, apenas alterações temporárias na organização e funcionamento da vida familiar, a doença crónica pode ocasionar mudanças radicais. Uma doença com um período de tempo curto e de cura previsível é habitualmente mais fácil de gerir para as famílias do que uma doença longa. Numa doença aguda as mudanças não são permanentes e as famílias são capazes de as gerir sem alterar drasticamente os seus padrões usuais de funcionamento. Pelo contrário, quando a doença é crónica ou em situações de casos terminais, as famílias, habitualmente, precisam de alterar os seus modos de funcionamento para lidar e adaptar-se com as consequências da doença.

No que diz respeito aos cuidados prestados pela família na doença crónica, Paúl (1997) considera que estes cuidados se desenvolvem em dois domínios:

Apio psicológico ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico;

Apio instrumental que está relacionado com a ajuda física em situações de diminuição da capacidade funcional do idoso e perda de autonomia física temporária ou permanente.

Segundo Rodin (1989, cit. por ALMEIDA, A. et al., 2007) os doentes portadores de Insuficiência Renal Crónica vivenciam muitos momentos de incerteza, desconforto, mudanças de hábitos nutricionais, profissionais, familiares e sociais, não obstante a dificuldade de adaptação à doença crónica. Estas modificações repentinas e não controladas predispoem transtornos mentais nomeadamente: apreensão, ansiedade e depressão, principalmente na fase pré-dialítica, até ao 1º ano de hemodiálise.

A IRC é uma doença crónica com um quadro clínico complexo, provocando no doente limitações físicas que se repercutem no plano psíquico. Segundo o Plano Nacional

de Saúde (2004-2010), “Os doentes com IRC rodam os 13000. Destes perto de 9000 encontram-se em hemodiálise ou diálise peritoneal, e cerca de 3800 estão transplantados com rim funcionante”.

Para Dargirdas e Blake (2006), o doente em hemodiálise leva uma vida bastante anormal, sendo dependente de procedimento hemodialítico, da equipa médica, da equipa de enfermagem e de outros profissionais de saúde. Estas situações expõem-os ao *stress*, produzindo desgaste emocional, alterações comportamentais, conflito, frustração, culpa e depressão, sendo difícil para o doente, cônjuge e família expressarem os seus sentimentos negativos e de raiva.

Almeida (1985), afirma que:

“O insuficiente renal crónico vive uma situação única, a partir do momento em que inicia o programa de hemodiálise, a sua vida fica dependente até ao fim dos seus dias ou até à data de um sempre hipotético transplante, da submissão a um tratamento em que abundam as dificuldades e as limitações. A vida destes doentes roda inexoravelmente em torno desta necessidade vital. Com um futuro incerto, o seu presente passa a ser condicionado pela doença e exigências do tratamento”.

O problema das atitudes da pessoa doente em relação às limitações e exigências impostas pelos tratamentos prescritos têm suscitado um interesse crescente.

A hemodiálise (HD) constitui, sem dúvida, um dos tratamentos em que este problema se tem posto com maior acuidade, dado que da adesão do IRC às prescrições terapêuticas, depende não só a prevenção de complicações orgânicas graves, como, inclusivamente, o grau de sobrevivência do doente.

Segundo Thomas e Jeffrey (2005), os doentes sujeitos ao tratamento de HD, passam por uma série reconhecível de três fases, após o diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica, semelhante às respostas do luto descritas por Kubler Ross. Estas respostas representam um processo de adaptação à perda, começando pelo choque e a “dormência” emocional, prosseguindo com a negação, a negociação, a dor e a raiva até finalmente chegar a um estágio de aceitação.

A Fase de Euforia corresponde ao início do tratamento em que o doente manifesta um sentimento de alívio, por diversas razões. Em primeiro lugar, ao fim de meses ou anos à espera, a barreira da diálise foi finalmente alcançada e removida. Em segundo, o doente sente os benefícios do tratamento, sobretudo se a uremia era sintomática, causando náuseas e prurido, ou se havia falta de ar relacionado com o Edema Pulmonar. Em terceiro,

a experiência de hemodiálise acaba por ser menos traumática do que o doente estava à espera.

A Fase da Reação Depressiva chega muito rapidamente, a novidade do tratamento desvanece-se e as limitações, frustrações e o tempo envolvido no tratamento começam a tornar-se em situações perturbadoras para o doente. A perceção de que esta situação vai continuar indefinidamente começa a minar as reservas de resistência dos doentes. Para além disso, embora não estejam já francamente urémicos, os doentes têm consciência de que a diálise durante quatro horas por sessão e interfere muito no seu tempo e qualidade de vida. O cansaço, a falta de energia e de entusiasmo pela vida, a irritabilidade, as dificuldades do sono e a ligeira depressão tornam a vida do IRC difícil de tolerar, principalmente para aqueles que esperavam sentir-se substancialmente melhor. O parceiro e a família vão também sentir alguma pressão, inerente ao tratamento de HD e, conseqüentemente, as relações familiares podem tornar-se mais tensas e sofrer alterações. O esforço de tentar continuar a trabalhar, mesmo submetido a estas pressões, pode parecer demasiado grande e o doente dúvida da possibilidade de continuar empregado, receando conseqüências económicas e familiares que poderão advir caso abandone o emprego. Os doentes que estavam determinados em não deixar a diálise afetar ou interferir com as suas vidas têm que admitir a derrota. Esta fase pode durar semanas ou meses e requer tolerância e compreensão por parte de toda a equipa de enfermagem.

Por fim, a **Fase de Adaptação Realista**, segundo esta autora, decorre normalmente, caso o doente aceite gradualmente as inevitáveis limitações, enquanto aproveita ao máximo as possibilidades que lhe restam. Os “*hobbies*”, os hábitos e os papéis em casa podem ter que mudar. Têm que ser descobertas e exploradas fontes alternativas de satisfação e prazer. Porém esta evolução pode levar tempo e requer o encorajamento do pessoal da unidade. O apoio e a consistência por parte da equipa constituem a rede, no seio da qual o doente aprende a conciliar-se com o estilo de vida diferente.

Abrunhosa et al. (2007) defende que o conceito de adesão pode ser percecionado como uma construção multisectorial, por decorrer de vários determinantes, com especial destaque para as características sociais (educação, cultura, ...) e psicológicas do doente. Dentro destes determinantes que influenciam a adesão ao regime terapêutico, as características sociais, como a educação e rendimentos têm interesse na medida em que vão permitir ter acesso à informação e aos próprios recursos. As características psicológicas, como o controle interno, distúrbios psicológicos, crenças/conhecimentos acerca da doença e da saúde bem como as recomendações e seus objetivos assumem relevância, uma vez que vão influenciar um controle eficaz do regime terapêutico. Sintomas, complexidade, duração da ação e interferência com outras ações, são exigências

situacionais que devem ser geridas de forma a adaptar o regime terapêutico ao estilo de vida e não o contrário.

Defendem ainda que o contexto social do indivíduo, nomeadamente a falta de suporte social, o isolamento e a instabilidade no seio familiar em que se insere abrem caminho para uma deficiente procura dos cuidados de saúde.

Também Kimmel e Levy (2006) afirmam que a resposta psicológica de um doente à Insuficiência Renal Crónica e ao seu tratamento dependerá da sua personalidade, da extensão do apoio da família, dos amigos e da evolução da doença de base. Segundo um estudo realizado pelos mesmos autores aproximadamente 10% dos doentes com doença renal em estágio terminal em programa de diálise, apresentam distúrbios psiquiátricos. Os problemas psicológicos mais comuns encontrados nos doentes em programa de diálise, segundo estes autores, são a depressão, a demência, distúrbios relacionados com drogas e álcool, ansiedade e distúrbios da personalidade. Ocasionalmente os doentes com IRC podem apresentar distúrbios psicóticos. O comportamento de não adesão pode ser um problema para os doentes e para as pessoas que cuidam deles (familiares, amigos/ pessoas significativas), bem como para a equipa terapêutica (médicos, enfermeiros).

Segundo Almeida et al. (2007) uma das alterações psicossociais com mais impacto no doente IRC são as alterações do autoconceito, sendo que definem autoconceito como tudo aquilo que a pessoa acredita acerca de si própria. Quando avaliamos o autoconceito de um doente com IRC é importante conhecer as fases pelas quais o doente pode passar como resposta à doença.

Referem ainda que estes doentes vivenciam, frequentemente, sentimentos de vergonha, desconforto devido à dor, alterações nos seus hábitos de vida, nomeadamente a nível alimentar, privações a nível sexual, económico/profissional que podem levar à precipitação de crises financeiras, bem como a sentimentos de confusão e incertezas relativamente ao futuro. Estas alterações são, na sua maioria, ameaçadores e geradores de ansiedade ao doente/ família, refletindo a individualidade de cada doente e podem abranger atitudes de choro, isolamento, hiperatividade, mutismo, fantasias, agressões verbais e reclamações, entre outras.

As pessoas que têm uma doença potencialmente fatal, como a Insuficiência Renal Crónica, vivem sempre “ no fio da navalha”, mantidas por um sistema de suporte de vida. É forçoso que estes doentes tenham uma consciência mais apurada que o habitual sobre a fragilidade da vida humana e a possibilidade de morte precoce. (THOMAS; JEFFREY, 2005).

Este problema pode conduzir a um conflito mental – aproveitar bem o momento, vivendo a vida ao máximo e arriscando-se às consequências ou, viver uma vida restringida, cumprindo todas as regras, tendo uma vida mais longa, mas sem prazer ou leque de experiências. Os doentes mais bem-sucedidos parecem ser aqueles que encontram mecanismos de adaptação que lhe permitam encontrar um equilíbrio entre os dois extremos. Infelizmente os doentes não podem controlar tudo o que acontece, mesmo que tentem seguir à risca todos os conselhos. Mais do que muitos de nós, as pessoas que sofrem de IRC, têm que aprender a viver com a incerteza sobre o futuro. (THOMAS; EFFREY, 2005).

2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO

3 – METODOLOGIA

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual.

3.1-ENQUADRAMENTO DO TEMA

Assume-se que cuidar de um doente crónico constitui um processo capaz de gerar sentimentos negativos que interferem com o bem-estar do cuidador e que podem pôr em causa a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao doente. Porém não se pode reduzir a prestação de cuidados informais meramente a aspetos negativos. Interessa compreender a relação entre a sobrecarga, emocional e social e a saúde mental dos cuidadores informais assim como a influência das características sociodemográficas e dos fatores relacionados com o contexto da prestação de cuidados no fenómeno em estudo.

A pessoa portadora de IRC, como o próprio nome sugere, tem uma doença crónica por possuir uma doença permanente, com alterações patológicas irreversíveis, levando às diversas incapacidades e co morbididades, que na maioria das vezes, exige períodos longos de acompanhamento.

Adaptar-se às condições de uma doença crónica pode ser considerado muito mais difícil do que se adaptar a uma doença aguda que só exige uma temporária aceitação da condição de estar doente e dependente da ajuda externa (SANTOS; SEBASTIANI, 2003).

São os familiares, em especial as mulheres, que apesar das alterações das funções e estruturas familiares continuam a apoiar os doentes, assumindo o papel de cuidadores informais. Entendendo-se por cuidador informal a pessoa, familiar ou amiga, não remunerada que se assume como principal responsável pela assistência e prestação de cuidados (BRAITHWAITH, 2000).

O conceito de *coping* tem sido definido e avaliado por diferentes investigadores o que de certa forma tem dificultado o seu entendimento. O processo de *coping* inicia-se quando a

pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam. Se as estratégias empreendidas forem adequadas e eficazes, a pessoa resolve a situação de *stress*; se as estratégias de *coping* utilizadas forem inadequadas e ineficazes, a situação de *stress* não é resolvida e emoções negativas prevalecem (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004; RAMOS, 2001).

Como consequência imediata desta avaliação, dá-se a resposta ao *stress*, que se traduz numa reação total do organismo que inclui sinais e sintomas. Face a estes sinais e sintomas, a pessoa envolve-se em determinadas estratégias de *coping* com vista a alterar a situação, ou a forma como a mesma a afeta (RAMOS, 2001).

A operacionalização das intervenções ao nível do apoio psicológico assenta, maioritariamente na remodelação das cognições do cuidador, através da descoberta de novas formas de *coping* e de novas maneiras de pensar (BRITO, 2001; IMAGINÁRIO, 2008).

Segundo Nolan et al. (1996 cit. por BRITO, 2001), os profissionais de saúde deverão identificar cuidadores em situação de maior risco e ajudá-los a identificar ou reduzir as formas de *coping* que perante determinada situação se revelam ineficazes, e a desenvolver novas estratégias para fazer face à situação. Esta abordagem corresponde a uma das mais eficazes formas de intervenção terapêutica junto dos cuidadores no que se relaciona com a saúde mental destes e que acarreta benefícios para todos intervenientes.

Qualquer investigação parte de uma questão. A questão de investigação é uma pergunta precisa com o fim de desenvolver o conhecimento pré-existente acerca de um determinado tema de estudo, que se pretende investigar (FORTIN, 2009, p. 72). Enunciamos, assim, a nossa questão de investigação: “*Quais as estratégias de coping do cuidador informal face á pessoa com insuficiente renal crónica em hemodiálise?*”

De acordo com o estudo em contenda e para poder dar resposta á nossa questão de modo a evitar possíveis desvios no processo de investigação foram elaborados objetivos que devem traduzir claramente o que se vai fazer, são os guias orientadores do estudo, devendo estar presentes durante todo o seu desenvolvimento.

- Descrever o perfil sociodemográfico e socioeconómico do cuidador informal;
- Analisar e compreender a relação entre as estratégias de *coping* e as características sociodemográficas e socioeconómicas dos cuidadores informais;
- Identificar as estratégias de *coping* dos cuidadores informais;

- Avaliar o grau de eficácia das estratégias de *coping* do cuidador informal.

O estudo que pretendemos realizar para esta pesquisa é transversal, explicativo descritivo, correlacional e quantitativo.

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (FORTIN, 2009). Para melhor se perspectivar o propósito do estudo que se pretendeu efectivar, foi elaborado o seguinte esquema conceptual que procura estabelecer a articulação entre as variáveis (cf. Figura 1).

Fig. 1 - ARTICULAÇÃO DAS VARIÁVEIS



Legenda: Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente

A questão central que orienta esta pesquisa é: “*Quais as estratégias de coping do cuidador informal face á pessoa com insuficiente renal crónica em hemodiálise?*”

Se considerarmos que a investigação começa sempre com um problema ou grupo de problemas preliminares, há que converter o problema preliminar num corpo de questões.

Tendo por base este pressuposto, formulamos as seguintes questões que estarão na base da orientação do nosso estudo:

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e as estratégias de coping dos cuidadores informais?

Que relação existe entre as variáveis socioeconómicas e as estratégias de coping dos cuidadores informais?

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas da pessoa com IRC em hemodialise e o seu cuidador?

Quais as estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores informais da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise?

3.2 – PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo são os cuidadores informais de pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise no Serviço de Nefrologia e Diálise do CHTV e no Centro Médico e Diálise de Mangualde.

É uma amostra constituída por 60 indivíduos, é acidental e do tipo não probabilístico dado que os elementos que compõem o subgrupo são escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento, no período de Abril a Junho de 2011.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram, ser cuidador informal de um indivíduo com insuficiência renal crónica, em hemodiálise no distrito de Viseu e concordar em participar na pesquisa, sendo excluídos os doentes institucionalizados com cuidadores formais.

Caracterização sociodemográfica

Os cuidadores informais são maioritariamente do **sexo** feminino com 66.7%, (cf. Quadro 1).

A idade mínima dos sujeitos da amostra é de 30 anos e a máxima é de 84 correspondendo-lhes uma média de 57,22 anos ($Dp = 14,57$) e o coeficiente de variação de 25,46. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média ($15\% < C_v < 30\%$). Os valores de simetria (Skewness/error = $-0,66$) indicam uma curva simétrica e os valores da Kurtose (Kurtosis/error = $-1,66$), indicam uma curva mesocúrtica.

A idade do sexo masculino variou entre os 30 e os 79 anos, com um valor médio de 59,40 anos (Dp=14.813). Quanto do sexo feminino, esta varia entre valor mínimo de 30 anos e um valor máximo de 84 anos, uma idade média de 56,13 (Dp=14,515), ambos com uma dispersão moderada em torno da média. O teste U de Mann Whitney (U) revela que apesar de os homens serem mais velhos que as mulheres, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas (U=347.0; Z=-0.832; p=0.406) (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos cuidadores informais em função do sexo

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	20	30	79	59.40	14.813	24.94	-1.361	-0.510
Feminino	40	30	84	56.13	14.515	25.85	0.037	-1.387
Valor Global	60	30	84	57.22	14.572	25.47	-0.669	-1.662

U (Teste de Mann-Whitney) = 347.0; Z=-0.832; p=0.406

A maioria dos cuidadores é casada (81.7%), sendo essa percentagem mais levada nas mulheres face aos homens (87.5% vs. 70.0%), sendo a percentagem de solteiros mais alta nos homens (20.0% vs. 7.5%). Contudo as diferenças são estatisticamente não significativas entre o sexo dos cuidadores e o **estado civil**, (p> 0.05), (cf. Quadro 2).

Relativamente à **situação laboral**, 48.3% dos cuidadores informais estudados encontra-se reformado, 30.0% mantém-se ativo profissionalmente e 21.7% está desempregado. O teste de Qui-Quadrado revela não existirem diferenças entre a situação laboral e o sexo, ($\chi^2= 2.729$; p=0.255), ou seja, as variáveis são independentes, (cf. Quadro 2).

Constatamos que a maioria dos cuidadores são o conjugue da pessoa com IRC a fazer hemodiálise, (57.9%), seguidos de filhos com 31.6% e por último de pais\irmãos\sobrinhos com 10.5%. Entre os homens cuidadores, o **grau de parentesco** mais frequente é o de conjugue (65.6%), por sua vez no sexo feminino o conjugue (48.0%) e os filhos (44.0%) são os grupos mais representados. O teste Qui-Quadrado (χ^2) revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas entre o sexo dos cuidadores e o grau de parentesco da pessoa IRC em hemodialise, ($\chi^2=3.199$, p=0.202) (cf. Quadro 2).

Face ao **tipo de profissão**, a maioria são *Operários, Artífices e Trabalhadores Similares* (23.0%), seguido do *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (15.4%) e do *Pessoal Administrativo e Similares e Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas* ambos com 7.7%. Ao nível do sexo, observamos que as mulheres têm trabalhos mais qualificados face aos homens, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 17.394$; p=0.026) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Características dos cuidadores informais em função do sexo

	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
		20	33.3	40	66.7	60	100.0
ESTADO CIVIL							
Casado		14	70.0	35	87.5	49	81.7
Solteiro		4	20.0	3	7.5	7	11.7
Divorciado\Viúvo		2	10.0	2	5.0	4	6.7
SITUAÇÃO LABORAL							
Empregado		6	30.0	12	30.0	18	30.0
Desempregado		2	10.0	11	27.5	13	21.7
Reformado		12	60.0	17	42.5	29	48.3
GRAU DE PARENTESCO DA PESSOA IRC EM HD PARA COM O CUIDADOR INFORMAL							
Cônjuge		21	65.6	12	48.0	33	57.9
Filhos, irmãos ou tios		4	12.5	2	8.0	6	10.5
Pais		7	21.9	11	44.0	18	31.6
TIPO DE PROFISSÃO							
Quadros Superiores de Administração Pública		-	-	1	5.6	1	3.8
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas		-	-	1	5.6	1	3.8
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio		1	12.5	1	5.6	2	7.7
Pessoal Administrativo e Similares		-	-	2	11.1	2	7.7
Pessoal dos Serviços e Vendedores		-	-	4	22.2	4	15.4
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas		2	25.0	-	-	2	7.7
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares		2	25.0	4	22.2	6	23.0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		3	37.5	-	-	3	11.5
Trabalhadores Não Qualificados		-	-	5	27.7	5	19.2

Estado Civil $\chi^2 = 2,786$; $p=0,248$ Situação Laboral $\chi^2 = 2,729$; $p=0,255$ Grau de parentesco para com o cuidador informal $\chi^2 = 3,199$; $p=0,202$ Tipo de Profissão $\chi^2 = 17,394$; $p=0,026$ **Em síntese:**

O perfil médio revela cuidador do sexo feminino (66.7%), com 57 anos, casados (81.7%), reformados (48.3%), que na sua maioria são o conjuge da pessoa com IRC a fazer hemodiálise, (57.9%).

3.3 – INSTRUMENTOS

O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários, sendo fornecida informação acerca do investigador, da investigação e seus objetivos. Desta forma, o instrumento por nós selecionado é constituída por três partes:

PARTE I: Caracterização sociodemográficas do cuidador informal da pessoa com IRC: idade, sexo, estado civil, situação laboral e profissão, (APÊNDICE I).

Nesta parte do questionário ainda é possível recolher dados sociodemográficas sobre a pessoa IRC: idade, sexo, estado civil e o seu grau de parentesco para com o cuidador informal.

PARTE II: Avaliação nível socioeconómico (Escala de Graffar: Grunberg, 1980); (ANEXO I).

A avaliação das **características socioeconómicas** são feitas, utilizando a Escala de Graffar- Nível Socioeconómico, constituída por cinco questões, e têm tem como finalidade recolher informação acerca da qualidade da relação do cuidador informal com os seus familiares e da sua posição ou categoria ocupada na estrutura da sociedade. Sendo, atualmente, um dos instrumentos de avaliação social mais utilizado no nosso país. Permite mensurar esta variável em:

- **Classe I** - Família de classe *superior alta*, com nível socioeconómico *muito bom*, aquela que apresenta um score total *entre 5 a 9 pontos*;
- **Classe II** - Família de classe *superior baixa*, com nível socioeconómico *bom*, aquela que apresenta um score total *entre 10 a 13 pontos*;
- **Classe III** - Família de *classe média*, com nível socioeconómico *razoável*, aquela que apresenta um score total *entre 14 a 17 pontos*;
- **Classe IV** - Família de *classe inferior alta*, com nível socioeconómico *reduzido*, aquela que apresenta um score total *entre 18 a 21 pontos*;
- **Classe V** - Família de classe *inferior baixa*, com nível socioeconómico *mau*, aquela que apresenta um score total *entre 22 a 25 pontos*.

PARTE III: Índice de avaliação das estratégias de *coping* do cuidador informal (CAMI SEQUEIRA, 2007); (ANEXO II).

O Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do cuidador informal (CAMI) inclui 38 afirmações relacionadas com as categorias de *coping*, ou seja, com a forma como cada prestador de cuidados resolve/atenua as dificuldades percebidas, no âmbito do cuidar do idoso dependente.

Relativamente a cada estratégia e para além da possibilidade de registo da sua utilização ou não, o cuidador informal ainda tem a possibilidade de referir a percepção do

grau de eficácia em cada situação (Brito, 2002; Sequeira 2007). Assim, perante cada estratégia de resolução de problemas descrita no CAMI, o CUIDADOR INFORMAL deverá indicar se a utiliza ou não (1) e, em caso afirmativo, deverá referir se não dá resultado (2), se dá algum resultado (3) ou se dá bastante bom resultado (4). As várias formas de resolução de problema/estratégias de *coping* podem ser agrupadas em três categorias (Sequeira 2007, 2010), de acordo com o Quadro 3 que se apresenta em seguida.

Quadro 3 - Categorias do CAMI e respetivos itens

Categorias	Itens
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31 e 33
Perceções alternativas sobre a situação	6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32 e 34
Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37 e 38

Com o objetivo de determinar a adequação do Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador aplicado na presente investigação, procedemos à averiguação da consistência interna do mesmo, de forma a determinar a fidelidade do instrumento utilizado (cf. Quadro 4).

Quanto às características do Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do cuidador informal, no que respeita à fidelidade do instrumento, no aspeto da consistência interna, os coeficientes de alfa de Cronbach ¹ variaram entre 0.871 (itens 16) e 0.884 (item 4), O alfa de Cronbach para a totalidade dos itens apresenta o valor bom de 0.880.

No estudo das subescalas encontrámos valor de alfa de Cronbach bom ($\alpha=0.815$) na estratégia *Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problema*, razoável na *Perceções alternativas sobre a situação* ($\alpha=0.750$) e fraco na estratégia *Lidar com os sintomas de stress*, (0.660).

¹ Os valores de referência do alfa de Cronbach, indicam que valores inferiores a 0,6 são inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 são fracos, 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são muito bons (Pestana; Gageiro, 2005)

Quadro 4 - Consistência interna do Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do cuidador informal.

Item	Média	Dp	Alpha Cronbach (sem item)	Item	Média	Dp	Alpha Cronbach (sem item)
1	2.56	1.198	0.875	24	2.63	1.119	0.878
2	1.48	0.892	0.879	25	3.08	0.907	0.877
3	2.48	1.081	0.884	26	2.53	0.999	0.877
4	2.68	1.049	0.878	27	2.81	0.853	0.882
5	2.51	1.017	0.875	28	1.77	0.997	0.875
6	2.05	1.170	0.877	29	3.13	0.675	0.875
7	2.81	0.982	0.878	30	2.50	1.033	0.875
8	2.12	1.222	0.878	31	2.85	0.898	0.877
9	3.27	0.899	0.875	32	3.00	0.759	0.876
10	3.18	1.016	0.873	33	2.28	1.121	0.875
11	3.38	0.804	0.878	34	3.08	0.907	0.877
12	3.43	0.721	0.876	35	1.95	1.199	0.874
13	2.68	1.127	0.875	36	1.75	1.067	0.875
14	3.18	0.873	0.874	37	1.73	1.087	0.873
15	2.62	1.180	0.872	38	2.83	1.076	0.877
16	2.50	1.112	0.871				
17	2.90	0.986	0.875			<i>Split-half</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
18	2.93	0.899	0.875	Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	0.722		0.815
19	2.27	1.147	0.880	Perceções alternativas sobre a situação	0.713		
20	3.15	0.777	0.877		0.662		0.750
21	2.68	1.016	0.878		0.654		
22	1.70	0.829	0.878	Lidar com os sintomas de stress	0.355		0.660
23	2.55	0.946	0.876		0.670		
				Coping (Nota Global)	0.816		0.880
					0.824		

Na validação da escala Sequeira (2007), obteve um índice alfa de Cronbach² de 0.87. A análise da consistência interna revelou ser boa nas estratégia *Lidar com os acontecimento adversos/resolução de problema* ($\alpha=0.80$) na *Perceções alternativas sobre a situação* ($\alpha=0.81$) e razoável na estratégia *Lidar com os sintomas de stress*, ($\alpha=0.70$). (ANEXO III).

3.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi efetuado, até 31 de Janeiro do corrente ano, o pedido formal de autorização à realização do estudo ao Conselho de Administração do CHTV e do Centro Médico e Diálise de Mungalde, tendo-se obtido o consentimento para a realização do mesmo (APÊNDICE II).

² A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90, (Pestana e Gageiro, 2005).

Também para a utilização das escalas foram efetuados os devidos pedidos de utilização aos autores (APÊNDICE III).

Foi condição imprescindível para a obtenção dos dados, o consentimento informado por parte do cuidador, salvaguardando assim os interesses do mesmo e garantindo o respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa, garantindo assim o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida (APÊNDICE IV).

Os questionários foram entregues e recolhidos pela autora, aos doentes com a devida explicação e esclarecimento de dúvidas, para que estes fossem entregues e preenchidos pelos cuidadores.

3.5 - PROCEDIMENTOS ESTADÍSTICOS

A presente investigação será processada através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

Frequências: Absolutas (N) e Percentuais (%);

Medidas de tendência central: Médias (\bar{x});

Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

(Pestana; Gageiro, 2005)

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e, para estudo de proporções, da estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal³ (Maroco, 2007).

Assim, quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

Teste de Qui Quadrado (χ^2) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas;

Teste de Kruskal-Wallis(H) – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;

Teste de U Mann Witheney(U) – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma regressão linear simples. Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:

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

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p \geq 0.05$	não significativo (n.s.)
$p < 0.05^*$	Significativo
$p < 0.01^{**}$	bastante significativo
$p < 0.001^{***}$	altamente significativo

³ As medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana; Gageiro (2005), apresentam os seguintes valores de referência, para $p=0,005$: distribuição Simétrica – quando $Skewness/std_{erro}$ pertence ao intervalo de [- 1,96 a 1,96] e Assimétrica – quando $Skewness/std_{erro} > 1,96$ e $< -1,96$. De igual forma, uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando $Kurtosis/std_{erro}$ pertence ao intervalo de [- 1,96 a 1,96]; Platicúrtica quando $Kurtosis/std_{erro} < - 1,96$ e Leptocúrtica quando $Kurtosis/std_{erro} > 1,96$; (Maroco, 2007).

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Stata Statistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

4 – RESULTADOS

Neste capítulo vamos apresentar e analisar os resultados que foram obtidos através da aplicação de um questionário aos cuidadores informais da pessoa insuficiente renal crónica em hemodiálise. Os dados recolhidos no decorrer da pesquisa precisam de ser tratados a fim de responder às questões de investigação. Para analisar os dados recolhidos através do questionário, procedeu-se ao seu tratamento recorrendo à estatística.

A apresentação dos dados surge em vários quadros e gráficos precedidos da respetiva análise.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Assim, em primeiro lugar será abordada a caracterização sociodemográfica dos doentes com IRC a fazer hemodiálise, seguida da caracterização socioeconómica dos cuidadores informais e da análise do apoio social aos cuidadores.

No que diz respeito ao **sexo** das pessoas com IRC a fazer hemodiálise, 55.0% são homens e 45.0% mulheres (cf. Quadro 2).

A **idade** das pessoas varia entre os 30 e os 91 anos, com uma média de 68.05 anos (Dp=14.057), e uma dispersão moderada em torno da média.

A média de idade das mulheres é mais elevada (\bar{x} =68.85) do que a dos homens (\bar{x} =67.39), sendo as diferenças estatísticas não significativas, (Teste U de Mann Witheney: U=444.5; Z=-0.015; p=0.988), (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Estatísticas relativas à idade da pessoa com IRC em função do sexo

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
Masculino	33	30	86	67.39	14.586	-2.393	0.023	21.64
Feminino	27	36	91	68.85	13.615	-0.833	-0.084	19.77
Valor Global	60	30	91	68.05	14.057	-2.365	-0.029	20.66

U =444.5; Z=-0.015; p=0.988

Em relação ao **estado civil**, a maioria dos doentes são casado, 73.4%, seguido dos viúvos com 18.3%, 5.5% estão divorciados e os solteiros são os menos representados, com 3.3%. Os valores percentuais no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra total (cf. Quadro 6).

Constatámos, ainda não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres face à variável estado civil (Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4.047$, $p=0.256$).

Quadro 6 – Características da pessoa com IRC em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	33	55.0	27	45.0	60	100.0
ESTADO CIVIL (N=60)						
Casado	26	78.8	18	66.7	44	73.4
Solteiro	2	6.1	-	-	2	3.3
Divorciado	1	3.0	2	7.4	3	5.0
Viúvo	4	12.1	7	25.9	11	18.3

Estado Civil $\chi^2 = 4.047$; $p=0.256$)

Em síntese:

O perfil médio da pessoa com IRC a fazer hemodiálise revela um indivíduo do sexo masculino (55.0%), casado (73.4%) e com cerca de 68 anos.

Utilizando o Índice de Graffar, como forma de categorização do nível socioeconómico (NSE) familiar, podemos verificar que a classe IV (Família de classe inferior alta, com nível socioeconómico reduzido) foi a mais frequente (45.1%), seguindo-se-lhe a classe III (Família de classe média, com nível socioeconómico razoável) com 38.3%. Apesar de as mulheres estarem mais representadas nas Classes superior alta e Classe superior baixa, face aos homens, as diferenças entre homens e mulheres são estatisticamente não significativas ($\chi^2=3.414$, $p=0.491$) (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Caracterização do nível socioeconómico dos cuidadores informais em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
NÍVEL SOCIOECONÓMICO (NSE)						
Classe I Classe superior alta NSE Muito Bom	-	-	3	7.5	3	5.0
Classe II Classe superior baixa NSE Bom	1	5.0	4	10.0	5	8.3
Classe III Classe Média NSE Razoável	9	45.0	14	35.0	23	38.3
Classe IV Classe Inferior alta NSE Reduzido	10	50.0	17	42.5	27	45.1
Classe V Classe inferior baixa NSE Mau	-	-	2	5.0	2	3.3

NSE $\chi^2 = 3.414$; $p = 0.491$

Ao aprofundarmos o estudo do nível socioeconómico do cuidador informal da nossa amostra, verificamos que os valores variaram entre 9 e 23 com um valor médio de 17.10 (Dp=3.251), sendo as diferenças não significativas entre homens e mulheres, (Teste U Mann-Whitney: $U = 380.5$; $Z = -0.308$; $p = 0.758$) (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas relativas ao nível socioeconómico dos cuidadores informais

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Masculino	20	12	21	17.20	2.167	-1.367	0.469	12.60
Feminino	40	9	23	17.05	3.700	-2.027	-0.076	21.70
Valor Global	60	9	23	17.10	3.251	-2.637	0.736	19.01

$U = 380.5$; $Z = -0.308$; $p = 0.758$

A grande maioria dos cuidadores informais (68.4%) refere que não tem qualquer **apoio social** para cuidar da pessoa com IRC e 28.3% recebem apoio de um familiar. Os homens recebem mais apoio familiar do que as mulheres, contudo o Teste Qui-Quadrado revelou que o sexo e o apoio social são variáveis independentes, ($\chi^2 = 1.519$; $p = 0.468$) (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Apoio Social que os cuidadores informais recebem em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
APOIO SOCIAL (N=60)						
Sem apoio	13	65.0	28	70.0	41	68.4
Familiar	7	35.0	10	25.0	17	28.3
Amigo	-	-	2	5.0	2	3.3

Apoio Social $\chi^2 = 1.519$; $p=0.468$ **Em síntese:**

O perfil médio revela cuidadores com nível socioeconómico reduzido (45.1%) e sem apoio social para cuidar da pessoa com IRC (68.4%).

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise descritiva dos dados obtidos, passamos para a abordagem inferencial dos mesmos. Para o efeito, procedemos à realização de testes de hipóteses, relacionando a variável dependente com as variáveis independentes em estudo.

Para avaliar a relação entre as **três estratégias do coping e o sexo**, utilizamos o teste U de Mann-Whitney, verificando-se que os cuidadores femininos apresentam mais estratégias de *coping* na resolução de problemas ($\bar{x}=38.45$ vs. $\bar{x}=38.25$) e na perceção de alternativas ($\bar{x}=41.58$ vs. $\bar{x}=41.55$), por sua vez na estratégia lidar com os sintomas de *stress* e na nota global do *coping* são os cuidadores masculinos que apresentam valores médios superiores. As diferenças encontradas revelaram ser não significativas nos fatores *Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas* (U=396.5; Z=-0.055; $p=0.956$), nas *Perceções alternativas sobre a situação* (U=396.5; Z=-0.056; $p=0.956$), nas estratégias de *Lidar com os sintomas de stress* (U=308.0; Z=-1.449; $p=0.147$) e na nota global do *coping* (U=372.0; Z=-0.439; $p=0.660$), ou seja, o sexo não exerce influência nas estratégias de *coping* (nota global e fatores) (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Relação entre as Estratégias de Coping dos cuidadores informais e o sexo

	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Teste U Mann-Whitney
LIDAR COM OS ACONTECIMENTOS ADVERSOS / RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS								
Masculino	27	50	38.25	7.447	0.269	-1.404	19.47	U=396.5 Z=-0.055 p= 0.956
Feminino	23	56	38.45	7.893	-0.077	-0.607	20.52	
Valor Global	23	56	38.38	7.684	0.065	-1.174	20.02	
PERCEÇÕES ALTERNATIVAS SOBRE A SITUAÇÃO								
Masculino	28	53	41.55	6.460	-0.338	-0.151	15.55	U=396.5 Z=-0.056 p= 0.956
Feminino	25	60	41.58	6.931	-0.040	0.859	16.67	
Valor Global	25	60	41.57	6.723	-0.191	0.558	16.17	
LIDAR COM OS SINTOMAS DE STRESS								
Masculino	10	30	20.20	4.959	0.596	-0.132	24.55	U=308.0 Z=-1.449 p= 0.147
Feminino	11	36	18.63	4.933	3.249	3.705	26.47	
Valor Global	10	36	19.15	4.956	2.812	2.097	25.87	
ESTRATÉGIAS DE COPING (NOTA GLOBAL)								
Masculino	72	131	100.0	15.934	0.285	-0.296	15.93	U=372.0 Z=-0.439 p= 0.660
Feminino	73	152	98.65	16.634	2.259	1.766	16.86	
Valor Global	72	152	99.10	16.281	2.006	1.100	16.42	

No **Estado Civil**, inferimos que na estratégia *Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas*, *Percepções alternativas sobre a situação*, *Lidar com os sintomas de stress* e na nota global do *coping*, são os cuidadores solteiros que têm piores estratégias de *coping*. Por sua vez os cuidadores casados apresentam melhores estratégias de *coping* em todos os itens e na nota global, exceto no *Lidar com os sintomas de stress* onde são os cuidadores divorciados/viúvos. O Teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatísticas não significativas nas três estratégias de *coping* e na nota global ($p > 0.05$) (cf. Quadro 11).

Relativamente à **Situação Laboral**, observamos que os cuidadores desempregados apresentam menor capacidade em *Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas* (Peso médio=27.31), na *Percepções alternativas sobre a situação* (Peso médio=21.85) em *Lidar com os sintomas de stress* (Peso médio=21.62) e na nota global do *coping* (Peso médio=23.81). Por sua vez são os cuidadores empregados que têm maior capacidade nas diferentes estratégias de *coping* e na sua nota global. O teste Kruskal-Wallis revelou que nas estratégias *Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas* ($H=1.407$; $p=0.495$), na *Percepções alternativas sobre a situação* ($H=4.099$; $p=0.129$), *Lidar com os sintomas de stress* ($H=5.525$; $p=0.063$), e nota global do *coping* ($H=3.260$; $p=0.196$) as diferenças não são estatisticamente significativas ou seja, a situação laboral não influencia nas estratégias de *coping* dos cuidadores, (cf. Quadro 11).

Para concluir a relação entre das estratégias de *coping* e o **grau de parentesco com o doente**, utilizando o teste Kruskal-Wallis, verificamos que o cuidador filho do doente com IRC a fazer hemodiálise apresentam melhores estratégias de *coping* nos três fatores e *na nota global do coping*, porém as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($p > 0.05$), (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil, Situação Laboral e grau de parentesco com as Estratégias de *Coping*

ESTADO CIVIL	Casado (N=49)	Solteiro (N=7)	Divorciado/viúvo (N=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	32.11	23.00	23.88	2.290	0.318
Perceções alternativas sobre a situação	31.66	24.14	30.88	1.831	0.400
Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	30.52	27.07	36.25	0.710	0.701
<i>COPING</i> (NOTA GLOBAL)	31.65	22.43	30.50	1.711	0.425
SITUAÇÃO LABORAL	Empregado (N=18)	Desempregado (N=13)	Reformado (N=29)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	34.36	27.31	29.53	1.407	0.495
Perceções alternativas sobre a situação	33.11	21.85	32.76	4.099	0.129
Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	36.47	21.62	30.78	5.525	0.063
<i>COPING</i> (NOTA GLOBAL)	35.28	23.81	30.53	3.260	0.196
GRAU DE PARENTESCO PARA COM O DOENTE	Cônjuge (N=33)	Pais, irmãos ou sobrinhos (N=6)	Filhos (N=18)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	28.36	26.58	30.97	0.431	0.806
Perceções alternativas sobre a situação	29.15	27.50	29.22	0.055	0.973
Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	27.61	30.75	30.97	0.559	0.756
<i>COPING</i> (NOTA GLOBAL)	28.27	27.50	30.83	0.332	0.847

Concluimos que face à **Idade**, os cuidadores informais mais novos têm maior capacidade em lidar com acontecimentos adversos e com os sintomas de *stress* e os mais velhos conseguem perceber melhor alternativas às situações de *stress*, contudo, pelo valor de t observamos que a idade não influencia de forma significativa as estratégias de *coping* (fatores e nota global), ($p > 0.05$) (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Regressão Linear simples entre a Idade do cuidador informal e as Estratégias de Coping

		IDADE				
		r	r ²	P	t	P
ESTRATÉGIAS DE COPING	Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	- 0.051	0.3	0.700	-0.388	0.700
	Perceções alternativas sobre a situação	0.164	2.7	0.210	1.268	0.210
	Lidar com os sintomas de stress	- 0.020	0.04	0.881	-0.150	0.881
	<i>Coping</i> (Nota Global)	0.038	0.14	0.774	0.288	0.774

Em síntese:

Inferimos que das variáveis sociodemográficas, nenhuma influencia nas estratégias de *coping* do cuidador, sendo as variáveis independentes.

Quando analisamos as estratégias de *coping* em função do nível socioeconómico (escala de grafar), inferimos que quanto melhor o nível socioeconómico, melhores são as capacidades para lidar com as estratégias de *coping*. Contudo o valor de t revelou diferenças não significativas entre as variáveis, ou seja, o nível socioeconómico não influencia as estratégias de *coping* dos cuidadores informais da pessoa IRC a fazer hemodiálise (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Regressão Linear simples entre a nível socioeconómico e com as Estratégias de Coping

		NÍVEL SOCIOECONÓMICO				
		r	r ²	P	t	P
ESTRATÉGIAS DE COPING	Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	- 0.092	0.84	0.485	-0.702	0.485
	Perceções alternativas sobre a situação	- 0.088	0.77	0.504	-0.672	0.504
	Lidar com os sintomas de stress	- 0.172	2.96	0.188	-1.333	0.188
	<i>Coping</i> (Nota Global)	- 0.132	1.74	0.314	-1.015	0.314

Os cuidadores informais que não têm **apoio social** têm melhores capacidades para resolução de problemas e em lidar com sintomas de *stress*, e os que têm apoio de um amigo encontram mais alternativas a situações stressantes, contudo verificamos que as variáveis são independentes (*Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de*

problemas: $H=5.899$; $p=0.052$; *Percepções alternativas sobre a situação*: $H=0.075$; $p=0.963$ e *Lidar com os sintomas de stress*: $H=0.718$; $p=0.698$), (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre o apoio social do cuidador e as Estratégias de Coping

APOIO SOCIAL	Sem apoio (N=41)	Familiar (N=17)	Amigo (N=2)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	32.12	30.00	31.50	5.899	0.052
Percepções alternativas sobre a situação	30.30	30.59	33.75	0.075	0.963
Lidar com os sintomas de stress	31.22	29.91	20.75	0.718	0.698
<i>COPING</i> (NOTA GLOBAL)	31.30	30.79	11.50	2.462	0.292

Em síntese:

Inferimos que as estratégias de coping dos cuidadores informais são independentes de todas as suas variáveis socioeconómicas.

Quanto ao estudo da **Idade da pessoa com IRC a fazer hemodiálise**, observa-se uma associação positiva entre a idade e as estratégias de *coping*, ou seja, quando a idade da pessoa com IRC aumenta as capacidades dos cuidadores em *lidar com os acontecimentos adverso/resolução de problemas* ($r=0.064$; $p=0.626$), nas *percepções alternativas sobre a situação* ($r=0.187$; $p=0.152$), em *Lidar com os sintomas de stress* ($r=0.109$; $p=0.408$), também aumentam. O valor de t revelou que as diferenças encontradas entre as estratégias de *coping* e a idade do doente são estatisticamente não significativas (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Regressão Linear simples entre a idade da pessoa com IRC e as Estratégias de Coping do cuidador

		IDADE DO DOENTE				
		r	r ²	p	t	P
ESTRATÉGIAS DE COPING	Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	0.064	0.41	0.626	0.490	0.626
	Percepções alternativas sobre a situação	0.187	3.49	0.152	1.452	0.152
	Lidar com os sintomas de stress	0.109	1.18	0.408	0.834	0.408
	<i>Coping</i> (Nota Global)	0.141	1.99	0.282	1.083	0.282

Face ao **Estado Civil da pessoa com IRC a fazer hemodiálise**, inferimos quando os doentes são viúvos, os cuidadores têm menor capacidade na *Perceções alternativas sobre a situação*, por sua vez quando os doentes estão divorciados, os cuidadores apresenta, valores mais baixos na *Perceções alternativas sobre a situação* e em *Lidar com os sintomas de stress*. O Teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatísticas não significativas entre o estado civil dos doentes e as estratégias de *coping* dos cuidadores nas três estratégias de *coping* e na nota global ($p > 0.05$). (cf. Quadro 15).

Quadro 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil da pessoa com IRC e as Estratégias de Coping do cuidador

ESTADO CIVIL	Casado (N=44)	Solteiro (N=2)	Divorciado (N=3)	Viúvo (N=11)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
Lidar com os acontecimentos adversos / resolução de problemas	31.11	38.00	29.17	27.05	0.873	0.832
Perceções alternativas sobre a situação	31.98	33.75	24.67	25.59	1.595	0.660
Lidar com os sintomas de stress	31.69	28.50	23.00	28.14	0.995	0.802
<i>COPING</i> (NOTA GLOBAL)	31.75	34.25	26.33	25.95	1.235	0.745

Em síntese:

Inferimos que as estratégias de coping dos cuidadores informais são independentes de todas as variáveis sociodemográficas da pessoa com IRC a fazer hemodiálise.

5 – DISCUSSÃO

Pretende-se com este capítulo analisar os aspetos do estudo empírico que se consideram serem mais relevantes, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com estudos desenvolvidos sobre o assunto.

A discussão é caracterizada por Fortin (2009) como sendo a interpretação dos dados resultantes da investigação. De acordo com a mesma autora, é no decorrer da discussão que o investigador confronta e compara os resultados do seu trabalho com investigações já desenvolvidas. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis.

5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

No decurso da realização do presente trabalho deparámo-nos com alguns aspetos menos positivos que passaremos a descrever.

Um obstáculo por nós sentido prendeu-se com o número limitado de investigações que estudaram as estratégias de *coping* do cuidador informal da pessoa IRC em HD, daí que o confronto de resultados é mais difícil.

O facto de ser um estudo transversal não permite identificar o modo como os fatores de *stress* evoluem ao longo do tempo nem o modo como os cuidadores lidam com o *stress* com o decorrer da prestação de cuidados, o estudo beneficiaria se fosse longitudinal pois o tempo faria as conclusões serem mais sustentadas.

A amostra de apenas 60 indivíduos, que não é suficiente para ser representativo da população em estudo, este facto deve-se à recusa por parte de algumas instituições na aplicação dos questionários aos seus utentes. Não foi constituída de uma forma aleatória, mas sim por cuidadores informais da pessoa com IRC em HD que, para além de preencherem os critérios definidos, se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados, pela sua dimensão reduzida, e também pelo seu carácter não probabilístico. Esta amostra implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo e características da população. Eles baseiam-se na autoavaliação e no

autorrelato dos vários aspetos da situação em estudo, tendo sido concebidos para serem preenchidos pelos próprios inquiridos, o que nem sempre aconteceu, pois devido à sua baixa literacia o preenchimento dos instrumentos foi realizado principalmente em contexto de entrevista.

Optou-se por uma escala recente de avaliação das estratégias de *coping* (CAMI) aos cuidadores informais, validada e utilizada por estudos realizados à população portuguesa, (Sequeira. 2007;2010), encontrando-se assim adaptada ao contexto sociocultural. Com o objetivo de minimizar os riscos ao procedermos à análise das características psicométricas da referida escala, podemos concluir que a consistência interna do instrumento utilizado na nossa investigação atesta das razoáveis e boas características psicométricas do mesmo, com exceção de fraco na estratégia Lidar com os sintomas de *stress*, (0.660), sendo assim uma limitação ao estudo.

Para terminar não queremos deixar de referir que após a realização deste estudo chegamos à conclusão que ele poderia ter sido enriquecido se no instrumento de colheita tivéssemos optado por avaliar também a sobrecarga do cuidador informal através do grau de dependência da pessoa com IRC em hemodiálise.

5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos pressupostos enunciados e, não perdendo de vista os objetivos do estudo, vamos seguidamente proceder à discussão dos resultados. Iremos debruçar-nos sobre os resultados que consideramos mais pertinentes, atendendo ao objetivo deste estudo e à teoria que se encontra subjacente, e compor as considerações que julgamos serem as mais adequadas à sua discussão.

Em relação ao principal prestador de cuidados, verificamos que o número de mulheres (66.7%) que assume a responsabilidade do cuidar é superior ao número de homens, o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos onde a permanência do papel histórico e social de cuidar é atribuído à mulher (BRITO, 2001; FIGUEIREDO, 2007b; SEQUEIRA, 2007).

Destaca-se que são os elementos da família, cônjuge (57.9%) e filha(o) (31.6%), na sua grande maioria que detêm a responsabilidade da prestação de cuidados, facto que vem reforçar a conceção de que, em Portugal, a família é a unidade básica de suporte a pessoas dependentes (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004; SEQUEIRA, 2007).

A média de idade dos cuidadores é de 57 anos, o que vai de encontro com o que diz Sequeira (2010) "...com o envelhecimento demográfico, verifica-se um aumento do número

de cuidadores idosos, muitas vezes com limitações físicas decorrentes do processo de envelhecimento”.

São na maioria casados (81.7%), esta situação é comum a estudos anteriores e coincide com as características predominantes da população portuguesa nestas idades, em que predominam os casados (SOUSA, 2006).

A situação laboral são os reformados (48.3%) em maior número e o nível socioeconómico é reduzido (45.1%) estes dados em tudo se assemelham aos encontrados por outros autores (MARTIN, 2005; SEQUEIRA, 2007; PEREIRA, 2009; BARBOSA, 2009).

A investigação aponta para o cuidado informal como um trabalho prestado por uma única pessoa (68.4%), o cuidador principal e também, como uma atividade que não é igualmente partilhada dentro da família indo ao encontro do que diz Cozette, Gramain e Joël, 2002; Braithwaite, 2000).

Em relação ao perfil da pessoa com IRC a fazer hemodiálise, revela um indivíduo do sexo masculino (55.0%), casado (73.4%) e com média de idade de 68 anos. Os resultados obtidos corroboram com os de outros estudos (CRISTOVÃO, 1998; SANTOS, 2003).

Por último, analisando os resultados relativos às questões de investigação, inferimos que das variáveis sociodemográficas e socioeconómicas do cuidador nenhuma influencia as suas estratégias de *coping*, sendo as variáveis independentes, além disso também concluímos que *as estratégias de coping dos cuidadores informais são independentes de todas as variáveis sociodemográficas dos doentes com IRC a fazer hemodiálise*. Contudo é importante referirmos as estratégias de *coping* utilizadas com mais resultados pelos cuidadores.

As estratégias mais utilizadas pelos cuidadores estão relacionadas com *Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas*, o que vai de encontro aos dados encontrados em outros estudos (BRITO, 2002; SEQUEIRA, 2010).

Lidar com as consequências do stress é o grupo de estratégias menos utilizado, demonstrando consistência com investigações anteriores (BARBOSA, 2009; SEQUEIRA, 2010).

Apesar de valores pouco expressivos, verificaram-se algumas correlações significativas entre as subescalas do CAMI e os cuidadores informais, que vamos passar a descrever.

Cuidadores femininos apresentam melhores estratégias de *coping* na resolução de problemas e na perceção de alternativas, enquanto os cuidadores masculinos tem mais resultado as estratégias lidar com os sintomas de *stress* Tal como refere Carvalho (2007),

há uma grande associação entre o cuidar e o ser mulher. Pensamos que o facto de as cuidadoras sentirem que cuidar faz parte das suas rotinas diárias, algo mais associado a um dever, poderá tornar menos provável que os sentimentos de satisfação se possam retirar da prestação de cuidados

Quanto melhor o nível socioeconómico melhor a capacidade para lidar com as estratégias de *coping*, resultados que vão de encontro com Marques (2007), que afirma que uma maior formação permite desenvolver capacidades práticas, face a situações constrangedoras, nomeadamente mais conhecimentos e recursos sociais estando mais aptas a recorrer a ajudas exteriores.

Cuidadores empregados têm maior capacidade para utilizar as diferentes estratégias da *coping*, indo de encontro ao que diz Santos, (2004), “cuidadores com níveis de escolaridade superior apresentam maior facilidade em lidar com os problemas, valorizando mais os aspetos positivos relacionados com o trabalho que desenvolvem.”

Cuidadores filhos utilizam com resultados melhores as estratégias de *coping* que outro qualquer cuidador, pois quando se analisam as motivações dos cuidadores, os filhos apontam o dever associado a questões de ordem sentimental e amorosa, por outro lado o cuidado não é percebido como um dever mas é algo de natureza solidária ou familiar.

Na bibliografia anglo-saxónica o papel de cuidador é considerado como algo estável, ou seja, o cuidador mantém o seu desempenho de forma continuada até ao momento de morte ou de institucionalização (MARTÍN, 2005). Para outros cuidar é visto como um ato de reciprocidade, do dever cumprido. O reconhecimento social e familiar também são consideradas motivações que levam alguns cuidadores a assumir papel (LAGE, 2005).

Cuidadores mais jovens têm maior capacidade em lidar com os acontecimentos adversos e com os sintomas de *stress* enquanto os mais velhos conseguem melhor perceber alternativas às situações de *stress*. Os cuidadores mais velhos parecem aceitar com resignação o destino, sendo que cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade para lidar com as situações problemáticas (BRAITHWAITE e MCGOWN, 1993).

Cuidadores sem apoio no cuidar tem melhores estratégias para a resolução de problemas e em lidar com os sintomas de *stress*. Relativamente a estes resultados podemos concluir que cuidar de um familiar doente pode constituir uma forma de retribuir cuidados e carinho recebidos no passado. Evitar a institucionalização é uma das motivações apontadas para a manutenção, apesar das adversidades, do papel de cuidador. Independentemente das dificuldades e dos constrangimentos os cuidadores consideram, movidos por um sentimento de altruísmo, que são as pessoas mais indicadas para cuidar do doente. Pimentel (2001), considera que a institucionalização se associa aos conceitos de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade. Não podendo esquecer-se que a pressão social,

em especial nos meios rurais, condena a institucionalização, aspeto também referido por Imaginário (2004).

6 – CONCLUSÕES

As doenças crónicas pelas suas características definidoras não têm cura, prolongam-se no tempo, desenvolvendo repercussões na família, nomeadamente no cuidador informal sob o ponto de vista emocional, físico, económico e social.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio ao idoso surge como um dos problemas prioritários. Cuidar de um idoso com doença crónica pode representar uma ameaça e resultar em *stress*. O sucesso em lidar com esta situação dependerá do *coping*, definido como um processo utilizado para controlar as demandas da relação indivíduo-ambiente.

As estratégias de *coping* baseadas em ajustamentos capazes de proporcionar o bem-estar do doente e de todo o sistema familiar constituem, essencialmente, o fundamento das práticas de alguns cuidadores. O recurso a estas estratégias, umas mais centradas nas emoções e outras mais centradas na resolução dos problemas (LAZURUS; FOLKMAN, 1984), conduz a um *coping* individual e familiar mais efetivo, minimizando os efeitos negativos do cuidado e recompensando os cuidadores.

Desenvolveu-se um estudo transversal, que não permite identificar o modo como as estratégias de *coping* evoluem ao longo do tempo, nem o modo como os cuidadores lidam com o *stress* com o decorrer da prestação de cuidados. Apenas com pesquisas longitudinais seria possível conhecer profundamente a natureza e sentido das relações que se estabelecem entre o *stress* e o *coping*. Esta perspetiva temporal deve ser incluída em trabalhos de investigações futuros.

A análise dos dados do nosso estudo leva-nos a concluir que os nossos cuidadores informais são membros da família direta, do sexo feminino (66.7%), mais concretamente esposas e filhas. É uma população envelhecida, sendo a média de idades de 57 anos, a maioria é casada (81.7%), reformada (48.3%) e com reduzido nível socioeconómico, classe inferior alta (45.1%) e sem apoio social (68,4%).

Cuidadores casados apresentam melhores estratégias de *coping* em todas as subescalas exceto nas estratégias lidar com os sintomas de *stress* onde os divorciados/viúvos têm melhores resultados.

Cuidadores empregados têm maior capacidade para utilizar as diferentes estratégias da *coping*. Os filhos utilizam com melhores resultados as estratégias de *coping* que outro qualquer cuidador. Cuidadores mais jovens têm maior capacidade em lidar com os acontecimentos adversos e com os sintomas de *stress* enquanto os mais velhos conseguem melhor perceber alternativas às situações de *stress*. Quanto melhor o nível socioeconómico melhor a capacidade para lidar com as estratégias de *coping*.

Cuidadores sem apoio no cuidar tem melhores estratégias para a resolução de problemas e em lidar com os sintomas de *stress*, os que tem apoio encontram mais alternativas a situações stressantes

Os resultados sugerem que os cuidadores apresentam elevado sentido de competência e adotam uma postura bastante proactiva no desempenho do seu papel, o que se verifica com a procura e utilização de um elevado número de estratégias que visam lidar diretamente com os acontecimentos. Uma vez que os conhecimentos e competências dos cuidadores informais tendem a ser frequentemente desvalorizados pelos profissionais (Lundh et al., 2003, citado por Figueiredo, 2007a), estes resultados apelam a um maior reconhecimento da experiência e contribuição desta população. O trabalho efetuado pelos cuidadores informais deve ser reconhecido e os serviços devem encarar a sua participação como um recurso que deve ser fortalecido e não substituído ou subvertido (Aneshensel et al., 1995).

Durante a sua elaboração constatamos com alguma tristeza que o poderíamos ter enriquecido se tivéssemos também avaliado o grau de dependência da pessoa IRC em hemodialise, pois com certeza que as estratégias de *coping* do cuidador são diferentes em função da sua sobrecarga.

A recusa da aplicação dos questionários por parte de algumas instituições foi uma limitação ao estudo, já que com uma amostra mais numerosa, os resultados seriam mais consistentes, podendo mais facilmente ser extrapolados para a população.

A sua realização foi uma oportunidade de grande aprendizagem, sabíamos à partida que este não seria um tema fácil de abordar, pois o facto de ser ainda pouco explorado, torna-se difícil compararmos resultados.

Espera-se que este estudo possa ampliar o conhecimento em torno dos cuidadores informais da pessoa com IRC em hemodialise e que os resultados obtidos orientem a atividade profissional, no sentido de ajudar estas pessoas a identificar as causas do seu *stress* e a desenvolverem e otimizarem estratégias de *coping* eficazes. Os enfermeiros deverão ser capazes de apoiar o cuidador na tradução das suas preocupações, numa avaliação articulada em termos de qualidade de vida e necessidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHOSA, Ana Cristina [et al.] - Comportamento de adesão... uma meta para o cliente...um desafio para a enfermagem. Nephro's. Lisboa: APEDT. 11:2 (Dezembro 2007) 9-15.

ALMEIDA, Ana Paula; PACHECO, Esmeralda; MOTA, Liliana - A família: o primeiro suporte ao insuficiente renal crónico. Nephro's. Lisboa: APEDT. 11:1 (Maio 2007) 19-30.

ALMEIDA, J. M. C. - **A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise: estudo da influência da personalidade e das matrizes familiar, sociocultural e terapêutica**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. 1985. Dissertação de Doutoramento em enfermagem, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

ANESHENSEL, Carol S. [et al.] - **Profiles in caregiving. the unexpected career**. San Diego. CA: Academic Press. 1995.XVIII. 385 p. ISBN 0-12-059540-0.

BARBOSA, Ana Luísa Balonas - **Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários** [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 2009. 86 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 30 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/DisQSws/get.aspx?filename=2009000964.pdf&catalog=Teses&type=pdf>>.

BERESFORD, BRYONY A. - Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. J. Child Psychol. psychiatry allied discipl.. Elmsford. ISSN 0021-9630. 35:1 (January 1994) 171-209.

BORG, Christel; HALLBERG, Ingalill - Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. [Em linha]. Stockholm. 20:4 (December 2006) 427-438. [Consult. 30 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL:

[http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/c2b33bcd0f45e2aac12572ff004620c9/\\$FILE/life%20satisfaction%20among%20informal%20caregivers.pdf](http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/c2b33bcd0f45e2aac12572ff004620c9/$FILE/life%20satisfaction%20among%20informal%20caregivers.pdf)>. ISSN 0283-9318.

BRAITHWAITE, Valerie - Contextual or general *stress* outcomes: making choices through caregiving appraisals. The Gerontologist. Washington. ISSN 0016-9013. 40:6 (December 2000) 706-717.

BRAITHWAITE, Valerie; MCGOWN, Anne - Caregiver's emotional well-being and their capacity to learn about stroke. Journal of Advance Nursing. Oxford. ISSN 0309-2402. 18:2 (February, 1993) 195-202.

BRITO, Maria Luísa da Silva - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto. 2001. 167 p. ISBN 972-8535-19-9.

BROWN, Marie-Annette; STETZ, Kathleen - The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. Qualitative Health Research. Newbury Park. ISSN 1049-7323. 9:2 (March 1999) 182-197.

BROWN, Pam N. - **Para um neto muito especial**. Lisboa: Texto. 2000. 27 p. ISBN 972-47-1507-8.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de - Entre cuidados e cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. Campus Social. [Em linha]. Lisboa. 3/4 (2007) 269-280. [Consult. 19 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/campusocial/article/download/239/148>>. ISSN 1646-3749.

CASTILLO, Olga Isabel Alfaro-Ramírez del – Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev. méd. IMSS. [Em linha]. México. 46:5 (Septiembre/Octubre 2008) 485-494. [Consult. 30 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL:

http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_instituto_mexicano_seguro_socia/5%20ansiedad%20y%20depresion.pdf>. ISSN 0187-0491.

COELHO, M. E. C. – **Stress, eventos vitais e coping sob enfoque analítico-comportamental**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 1998. Monografia não-publicada, apresentada à Universidade Estadual de Londrina.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar...a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 437 p. ISBN 972-8383-53-3.

COMPAS, Bruce E. - *Coping with stress during childhood and adolescence*. Psychological Bulletin. Washington. ISSN: 0033-2909.101:3 (May 1987) 393-403.

COZETTE, É.; GRAMAIN, A.; JOËL, M-È. - La mesure de la contribution économique dès aidants – In COLVEZ. A.; JOËL. M-È.; MISCHLICH. E D. - **La maladie d'Alzheimer: quelle place pour les aidants?**. Paris: Masson. 2002. 288 p. ISBN: 9782294008313. p. 53-87.

CRISTOVÃO, António – **Stress, Coping e Qualidade de vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 1998. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. - **Manual de diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cop. 2006. XX. 714 p. ISBN 85-7199-312-2.

EKWALL, A.; SIVBERG, B.; HALLBERG, I. - Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Stockholm. ISSN 0283-9318. 18:3 (September 2004) 239-248.

FERNANDES, Jacinta de Jesus Borreicho Raposo - **Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa 2009. 155 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW:

<URL: <http://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/tese-de-mestrado-da-dra-jacinta.pdf>>.

FERREIRA, Sérgio Miguel Mateus - **Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer**. [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 2008. 174 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 15 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/DisQSws/get.aspx?filename=2009000625.pdf&catalog=Teses&type=pdf>>.

FIGUEIREDO, Daniela (2007a) - **Cuidados familiares ao idoso dependente**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. (2007). 236 p. ISBN 978-972-796-276-1.

FIGUEIREDO, Daniela Maria Pias de (2007b) - **Prestação familiar de cuidados a idosos com e sem demência**. Aveiro: Universidade de Aveiro. (2007). Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, apresentada à Universidade de Aveiro.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. - An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. J. health soc. Behave. Washington. ISSN 0022-1465. 21:3 (September 1980) 219-239.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. - If it changes must be a process: a study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. J. pers. soc. Psycho. Washington. ISSN 0022-3514. 48:1. (January 1985) 150-170.

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie - *Coping*: Pitfalls and Promise. Annual Review of Psychology. Palo Alto. ISSN 0066-4308. 55 (February 2004) 745-774

FONSECA, Tânia Sofia Borges – **Sobrecarga, depressão e generatividade em mulheres cuidadoras informais**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de psicologia. 2010. 60 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2495/1/ulfp035829_tm.pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência. D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRIEDMAN, Marilyn R.; BOWDEN, Vicky R.; JONES, Elaine. G. - **Family nursing, research, theory, and practice**. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall. 2003. 714 p. ISBN10 0-13-060824-6.

GRANT, G. [et al.] - Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and *coping*. Journal of Intellectual Disability Research. London. ISSN 0964-2633. 42:1 (February 1998) 58-71.

IMAGINÁRIO, Cristina Maria Inocência - **O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal**. 2ª ed. Coimbra: Formasau. 2008. 239 p. ISBN 978-972-8485-94-8.

JORGE, ANA MARIA - **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência. 2004. 192 p. ISBN 978-972-8383-79-4.

KARP, David A.; TANARUGSACHOCK, Valaya - Mental illness, caregiving and emotion management. Qualitative Health Research. Newbury Park. ISSN 1049-7323. 10:1 (January 2000) 6-25.

KIMMEL, Paul; LEVY, Norman - Problemas especiais do paciente em diálise: psicologia e reabilitação - In DAUGIRDAS. John T.; BLAKE. Peter G.; ING. Todd S. - **Manual de diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cop. 2006. XX. 714 p. ISBN 85-7199-312-2.

KIM, Jung-Hyun; KNIGHT, Bob G. - Effects of Caregiver Status, *Coping* Styles. and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. The Gerontologist. Washington. ISSN 0016-9013. 48:3 (June 2008) 287-299.

KNUSSEN, C. [et al.] - Family caregivers of older relatives: ways of *coping* and change in distress. Psychol. health med. Abingdon. ISSN 1354-8506. 13:3 (May 2008) 274-290.

LAGE, Isabel - Cuidados Familiares a Idosos. - In PAÚL. Constança; FONSECA. António M. - **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores. 2005. 311p. ISBN 972-796-185-1. p. 203- 229.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan – **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer. 1984. 456 p. ISBN 08261-4191-9.

MARÔCO, João – **Análise Estatística: com utilização do SPSS**. 3^a ed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo. 2007. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2.

MARQUES, Sónia Catarina Lopes - **Os cuidadores informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral**. Coimbra: Formasau, 2007. 185 p. ISBN 978-972-8485-78-8.

MARTÍN, Ignácio – O cuidado informal no âmbito social. In PAÚL. Constança; FONSECA. António Manuel. ed. lit. - **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi. 2005. 311 p. ISBN 972-796-185-1p.179-202.

MESSA, Alcione A. - O Impacto da Doença Crónica na Família. [Em linha]. 2008. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>>.

NOLAN, Mike; GRANT, Gordon; KEADY, John - **Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping**. Buckingham: Open University Press. 1996. 194 p. ISBN 0-335-19573-3.

NOONAN, Anne E.; TENNSTEDT, Sharon. L.; REBELSKI, Freda G. - Making the best of it: themes of meaning among informal caregivers to the elderly. Journal of Aging Studies. New York. ISSN 0890-4065. 10:4 (December 1996) 313-327.

O'BRIEN, Tess B.; DELONGIS, Anita -The interactional context of problem. Emotion, and relationship-focused *coping*: the role of the big five personality factors. Journal of Personality. [Em linha]. Durham. 64:4 (December 1996) 775-813. [Consult. 30 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b767fa73-4430-4ffc-9264-63e8dac2008a%40sessionmgr114&vid=2&hid=127>>. ISSN 0022-3506.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Em linha]. Lisboa: DGS. 2004. [Consult. 22 Set. 2011]. 238 p. Disponível em WWW: <URL: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>.

PAPALIA, Diane [et al.] - **Adult Development and Aging**. 2ª ed. Boston: McGraw-Hill. 2002. XIII. 594 p. ISBN 0072487348.

PAÚL, Maria Constança - **Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Almedina. 1997. 172 p. ISBN 9789724010007.

PEARLIN, Leonard - Some Conceptual Perspectives on the origins and prevention of social *stress*. [Em linha]. University of Maryland: 2002. [Consult. 22 Set. 2011]. 35 p. Disponível em WWW: <URL: <http://www.mhsip.org/pdfs/pearlin.pdf>>.

PEARLIN, Leonard [et al.] - Caregiving and the *stress* process: an overview of concepts and their measures. The Gerontologist. Washington. ISSN 0016-9013. 30:5 (October 1990) 583-594.

PEREIRA, Maria de Fátima C. - **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia**. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009. 204 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 25 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>>.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo. 2005. 690 p. ISBN 972-618-391-X.

PONCE, Pedro - **Manual de terapêutica médica: cardiologia**. Lisboa: Lidel. 2009. 148 p. ISBN 978-972-757-633-3.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004. Vol. II - Orientações estratégicas. 216 p. ISBN 972-675-110-1.

RAMOS, Marco - **Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho**. Lisboa: Rh Editora. 2001. 380 p. ISBN: 978-972-96897-7-6.

RAMOS, Marco - **Crescer em stress: usar o stress para envelhecer com sucesso**. 1ª ed. Porto: Âmbar. 2005. 317 p. ISBN: 978-972-43-0961-4.

RICHARDS, S. B.; LILLY, L. M. – Enfermagem gerontológica da família - In HANSON. Shirley May Harmon [et al.] - **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2ª ed. Loures : Lusociência. cop. 2005. 497 p. ISBN 972-8383-83-5. p. 349-367.

ROTH, P. - Family health promotion during transitions - In BOMAR. Perri J. - **Nurses and family health promotion: concepts. Assessment, and interventions**. 2ª ed. Philadelphia: Saunders Company. 1996. 429 p. ISBN 0721637957. p. 365-394.

SANTOS, Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos - **Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Porto: Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. - Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto [et al.] - **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira. 2003. 160 p. ISBN 85-221-0037-3. p.147-176.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TRÓCCOLI, Bartholomeu T.; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa - Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa. [Em linha]. Brasília. 17:3 (Septiembre 2001) 225-234. [Consult. 30 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300004&script=sci_arttext>. ISSN 0102-3772.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto. 2007. 310 p. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa [etc.]: Lidel. cop. 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0.

SEQUEIRA, Carlos - **O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto. 2007 Tese de Doutoramento

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida - **Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice**. 1ª ed. Porto: Âmbar. 2004. 171 p. ISBN 972-43-0861-8.

SQUIRE, Anne - **Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática**. Loures: Lusociência. 2005. XV. 430 p. ISBN 972-8383-87-8.

STEWART, J. - **A History of the Treatment of Renal Failure by Dialysis**. Oxford. Oxford University Press. 2002. 368 p. ISBN 978-0-19-851547-0.

TENNSTEDT, S.L. - Family caregiving in an aging society. Presented at the Pennsylvania State University. 1999.

TERRIL, Bobbee - **Renal nursing - a practical approach**. Cameron. Ausmed Publications. 2002. 376 p. ISBN 0-9577988-8-1.

THOMAS, Nicola; JEFFREY, Corinne. ed. lit. - *Enfermagem em nefrologia*. 2.^a ed. Loures: Lusociência. cop. 2005. XII. 489 p. ISBN 972-8383-85-1.

TORRES, N.; COELHO, M. E. C. - *O stress, o transtorno do pânico e a psicoterapia: a pessoa e sua vida* - In BRANDÃO. M. Z. [et al.] - **Sobre comportamento e cognição. Contingências e metacontingências: contextos sócios-verbais e o comportamento do terapeuta**. 1 ed. Santo André. SP: ESETec. 2004. v. 13. p. 339-344.

VAN RIPER, M. – *Factores determinantes na função familiar e na saúde dos membros da família*. – In HANSON. Shirley May Harmon [et al.] - **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2.^a ed. Loures: Lusociência. cop. 2005. 487 p. ISBN 972-8383-83-5. p. 131-154.

WARD-GRIFFIN, Catherine; MCKEEVE, Patricia - *Relationships between nurses and family caregivers: partners in care?* Advanced Nursing Science. Germantown. ISSN 0161-9268. 22:3 (March 2000).

WINKES, A. - *The promotion of adaptation to end stage renal disease*. Nephrology nurse. Basking Ridge. ISSN 0164-4386. 5:1 (Jan./Feb. 1983) 17-19.

WRIGHT, Lorraine M.; BELL. Janice - *Retrospective – nurses, families, and illness: a new combination*. Journal of Family Nursing. Thousand Oaks. ISSN 1074-8407. 10:1 (February 2004) 3-11.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. - **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 5 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2009. ISBN 0-8036-2320-8. p. 368.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – A redescoberta da ética e do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Revista Escola Enfermagem USP [Em linha]. São Paulo. 38:1 (2001) 21-27. [Consult. 30 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/89.pdf>>. ISSN 0080-6234.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR INFORMAL)



COD: _____

Instrumento de Colheita de Dados

Investigador Principal: António Madureira Dias

Investigadores Colaboradores: Ana Paula Coelho

Sou enfermeira no Hospital São Teotónio de Viseu e frequento 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

No referido curso, proponho-me realizar um trabalho de investigação a desenvolver um estudo sobre: “Estratégias de coping do cuidador informal, Do doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise”, orientado pelo Professor António Madureira Dias.

Para tal, solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas.

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para o tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum o questionário.

O presente estudo pretende saber como olha para a sua saúde. Estas informações dar-nos-ão a conhecer a forma como se sente e qual a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia.

Solicitamos a sua participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões

Muito obrigado e grata pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. IDADE _____

2. SEXO· Masculino

Feminino

3. ESTADO CIVIL Casado Divorciado Outro
 Solteiro Viúvo

4. SITUAÇÃO LABORAL: Empregado Profissão: _____
 Desempregado
 Baixa Médica
 Reformado

5. RECEBE AJUDA DE MAIS ALGUÉM:

NÃO

FAMILIAR

AMIGO

OUTRO

PERGUNTAS 1,2,3,4 SÃO SOBRE O DOENTE:

1. IDADE _____

2. SEXO· Masculino

Feminino

3. ESTADO CIVIL Casado Divorciado Outro
 Solteiro Viúvo

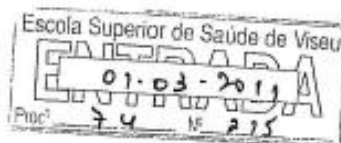
4. GRAU DE PARENTESCO _____

APÊNDICE II

(PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS)



Prof. Adureira



07
No cumprimento do
coordenador do trabalho
de estatística 2/3/11
CA

Exmo. Sr. Presidente da ESSV
Prof. Doutor João Carvalho Duarte
Fax - 232 428 343

Mangualde, 28 de Fevereiro de 2011

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Exmo. Sr., as nossas cordiais saudações.

Após consulta à Dra. Ana Galvão, Directora Clínica da Beirodial, e tendo em conta a sua resposta positiva, venho por este meio comunicar a V.ª Exa. a autorização para serem efectuadas as colheitas de dados solicitadas pelos vossos officios 216 e 219 de 23/02/2011, respectivamente aos cuidadores informais e doentes em tratamento substitutivo da função renal.

De acordo com a resposta da Dra. Ana Galvão, o consentimento prévio dos entrevistados deverá ser sempre assegurado através da declaração de consentimento anexada em cada um dos officios.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me cordialmente;

(Carlos Cruz, Enf.º Coordenador)

BEIRODIAL
Centro Médico e Diálise de Mangualde, Lda.
Cont. nº 501 343 229
Tel: 232 612 732 / Fax: 232 611 172
Rua Santo António, nº 1, 3, 5 e 7
3530-234 MANGUALDE

A Exma Comissão de Ética para a Saúde 24/01/11
 para emitir parecer. *plano de ética*
 24/02/11 *Prof. a obter a sua cotação do estudo, com parâmetros de R. a posto de trabalho*
 Escola Superior de Saúde de Viseu
 Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Casôtoro Gomes de Almeida, nº102
 3500-843 VISEU
 Tel. 232 419 103
 Telex. 951 011 800
 Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
 Hospital São Teotónio, EPE
 Av. do Rei D. Duarte
 3504-509 VISEU

aos escusos directores e superintendentes de hemodiálise para inquirir
 28/02/11

Autorização
Informe-se.
 22/03/11

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 218	Data: 23/02/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS**

Na resposta indicar a vossa referência. Em caso omissão voltar ao de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e uma aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Estratégias de coping do cuidador informal, da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades dos referidos cuidadores informais. Segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Determinar o perfil sociodemográfico do cuidador informal, da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise
- Identificar os factores que condicionam as estratégias de coping.

Quanto à população alvo do estudo, esta é constituída pelos cuidadores informais da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise no Hospital São Teotónio de Viseu.

Será pedida a colaboração aos cuidadores informais a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pela estudante do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

no conteúdo do trabalho de investigação
 O Presidente da ESSV,
 Prof. Doutor João Augusto Duarte
 (Prof. Coordenador)

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 442/11
 24 02 2011
 25 02 2011
 03/03/2011
 22/03/2011

24/3/11
 Enviada cópia ao Prof. Madureira
 25/3/11

APÊNDICE III

(PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS)

Re: Escala de Graffar

De: **Jose Grunberg** (josegrunberg@movinet.com.uy)
Enviada: sábado, 2 de julho de 2011 15:29:00
Para: ana paula coelho (anapaula_fcoelho@hotmail.com)
1 anexo
Graffar Courier L..pdf (1535,4 KB)

Estimada Ana Paula:

La autorizo a citarme en su trabajo, ademas se un honor para mi ser util en vuestra investigación.

Si desea un papel firmado me envia una direccion de fax y se lo envio con mi firma.

Le adjunto uno de mis trabajos si necesita algún complemento le envio otro mas extenso.

En correos subsiguientes recibira dos trabajos que se relacionan con los cuidadores.

A apreciaría me cuente algunos detalles de vuestra investigación, lugar de trabajo, equipo, es multidisciplinario?.

Suerte y feliz fin de semana

Jose

Jose Grunberg
Unidad de Diálisis Pediátrica
Hospital Evangélico

Rambla Gandhi 221 ap.201
11300 Montevideo
Uruguay

Telef. 598 2 712 25 66
Telef. 598 2 712 49 67
Celular 598 94 42 96 82
josegrunberg@movinet.com.uy

http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0613102-130415//ibc2de2.pdf

Página Web 2 de 2

<http://www.definicionde.com/Graffar-AND-grunberg/>

----- Original Message -----

From: ana_paula_coelho

To: josegrunberg@movinet.com.uy

Sent: Friday, July 01, 2011 7:15 PM

Subject: Escala de Graffar

Exmo. Sr. José Grunberg

Chamo-me Ana Paula e sou aluna do mestrado em enfermagem médico cirurgica na escola superior de Viseu, inserido no mestrado, estou a realizar o trabalho final cujo tema é "Estratégias de Coping do Cuidador Informal da Pessoa com Insuficiência Renal Crónica em Hemodialise". Tendo necessidade de usar a Escala de Graffar, serve este email para vos pedir autorização para usar a referida escala.
Sem outro assunto.

Atenciosamente
Ana Paula Coelho

Re: PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DA CAMI

De: **Carlos Sequeira** (carlos.quarteto@gmail.com)
Enviada: terça-feira, 15 de fevereiro de 2011 17:09:20
Para: ana paula coelho (anapaula_fcoelho@hotmail.com)

Cara Ana Paula,
Informo que podes utilizar o CAMI, no trabalho de investigação referido no pedido.
Relembro, que o instrumento deve ser utilizado de acordo com as instruções e não pode ser adulterado.
Com os melhores cumprimentos.
Nota: se necessitares de algum documento formal em termos de autorização, dispõe.
Prof. Carlos Sequeira

Em 11 de fevereiro de 2011 13:54, ana paula coelho <anapaula_fcoelho@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde Prof. Carlos
Antes de mais gostaria de lhe agradecer a sua disponibilidade, recordo-lhe que há uns tempos atrás enviei-lhe um mail a pedir ajuda para o meu trabalho final do CMEMC(curso de mestrado em enfermagem medico cirurgica),ajuda essa que me foi prestada no imediato.
O livro que me recomendou e que eu comprei foi fantastico para me orientar no projecto do referido trabalho; agora mais uma vez o incomodo para lhe pedir autorização na utilização da CAMI , juntando em anexo o pedido devidamente preenchido.
Obrigada
Ana Paula

APÊNDICE IV

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)



COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Investigador Principal: António Madureira Dias

Investigadores Colaboradores: Ana Paula Ferreira Coelho Rodrigues

Data: ____/____/2011

Assinatura do Participante _____ BI nº _____/____/____

Nome do entrevistador: _____ Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO I

(AVALIAÇÃO NÍVEL SOCIOECONÓMICO DO CUIDADOR INFORMAL (ESCALA DE GRAFFAR))

PARTEII: Escala de Graffar

PROFISSÃO	
1	Executivos; directores de empresas, fábricas ou bancos; professores; oficiais das forças armadas; possuidores de capitais.
2	Comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; licenciados.
3	Operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos ou auxiliares.
4	Operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes.
5	Ajudantes de obras; desempregados; pensionistas ou reformados; indigentes.
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	
1	Doutorados; licenciados e titulos universitários ou de cursos superiores; militares da academia; notários.
2	Instrução secundária completa; bacharelato; instrução universitária incompleta.
3	Instrução secundária incompleta ou equivalente; militares de baixa patente.
4	Instrução primária completa.
5	Instrução primária incompleta; analfabeto.
FONTE DE RENDIMENTO	
1	Fortuna herdada ou adquirida; rendimentos.
2	Lucros de empresas; quadros superiores; honorários de profissão liberal.
3	Salário mensal
4	Salário quinzenal; diário ou honorários reduzidos ou irregulares
5	Subsídios; pensões sociais
CONFORTO DO ALOJAMENTO	
1	Casa ou andar luxuoso com o máximo do conforto
2	Casa ou andar que sem ser luxuoso é espaçoso e confortável
3	Casa ou andar modesto, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminado e arejado com cozinha e WC
4	Habitação que não tem água canalizada, saneamento ou electricidade, mal construída ou degradada; escassez de iluminação ou ventilação; telhado de madeira ou zinco.
5	Habitação insalubre de madeira, lata, cartão ou barro; telhado de zinco ou palha.
ZONA DE RESIDÊNCIA	
1	Zona de residências elegantes; onde o valor do terreno, casa ou aluguer é elevado
2	Bairro com ruas largas, casas confortáveis e bem conservadas
3	Bairro de construções antigas e menos confortáveis; ruas estreitas; bairros comerciais
4	Bairro operário, populoso, mal dividido, próximo de águas contaminadas, porto ou fábricas
5	Habitações insalubres suburbanas; zonas rurais de escasso valor, isoladas.

ANEXO II

(ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* DO CUIDADOR INFORMAL (CAMI))

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Brito, 2002; Sequeira 2007; 2010)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

N.º	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				

N.º	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É:	Faço assim e penso que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

- **Fontes para citação da Escala:**
- **Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.**
- **Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.**

ANEXO III

(CONSISTÊNCIA INTERNA DO ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING*)

Tabela n.º 17. De salientar que todos os factores se correlacionam de forma positiva com o CADI Global.

TABELA N.º 17	CORRELAÇÃO ENTRE AS PONTUAÇÕES DOS FACTORES E A PONTUAÇÃO GLOBAL DO CADI					
FACTORES DO CADI	PR	RS	EC	RC	AF	AP
Problemas relacionais	1					
Restrições sociais	0,635(**)	1				
Exigências do cuidar	0,546(**)	0,693(**)	1			
Reacções ao cuidar	0,417(**)	0,582(**)	0,585(**)	1		
Apoio familiar	0,685(**)	0,571(**)	0,516(**)	0,430(**)	1	
Apoio profissional	0,191(**)	0,320(**)	0,450(**)	0,398(**)	0,272(**)	1
CADI Global	0,805(**)	0,887(**)	0,859(**)	0,709(**)	0,726(**)	0,472(**)

** Correlação significativa para o teste t de significância de 0,01 (bilateral)

Legenda: PR - Problemas relacionais, RS - Restrições sociais, EC - Exigências do cuidar, RC - Reacções ao cuidar, AF - Apoio familiar, AP - Apoio profissional.

26.2 ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING DO CUIDADOR (CAMI)

O CAMI inclui 38 afirmações relacionadas com as estratégias de *coping*, ou seja, com a forma como cada prestador de cuidados resolve/atenua as dificuldades percebidas, no âmbito do cuidar do idoso dependente. Relativamente a cada estratégia e para além da possibilidade de registo da sua utilização, ou não, o cuidador ainda tem a possibilidade de referir a percepção do grau de eficácia em cada situação (Nolan e col., 1995, 1996, 1998; Brito, 2002).

Assim, perante cada estratégia de resolução de problemas descrita no CAMI, o cuidador deverá indicar se a **utiliza ou não** (1) e, em caso afirmativo, deverá referir se **não dá resultado** (2), se **dá algum resultado** (3) ou se **dá bastante bom resultado** (4). As várias formas de resolução de problemas/estratégias de *coping* podem ser agrupadas em três categorias (Nolan e col., 1996, 1998; Brito, 2002), de acordo com a Tabela n.º 18.

CATEGORIAS PROPOSTAS PELOS AUTORES PARA O CAMI		
CATEGORIAS	QUESTÕES N.º	OBSERVAÇÕES
Lidar com os acontecimentos adversos/ resolução de problemas	3, 10, 15, 14, 17, 18, 23, 29, 30 e 31 (1, 5, 15, 33)*	10 itens ou 14 itens
Percepções alternativas sobre a situação	6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32 e 34	15 itens
Lidar com os sintomas de stress	2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37 e 38	9 itens

* Questões que foram retiradas da versão 2007 do instrumento destes itens de lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas, onde elas se deram devido que a maioria dos itens não foram utilizados como estratégias de coping.

26.2.1 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO CAMI

A avaliação das principais estratégias que o cuidador utiliza para superar as dificuldades é efectuada com o recurso ao CAMI, de acordo com as categorias propostas (Nolan e col., 1996, 1998).

Segundo os autores, este é um instrumento robusto e constitui uma ferramenta potencialmente útil, estando concebido para aplicação individual, prevendo, deste modo, a avaliação item por item. Apesar da concepção do instrumento se dirigir essencialmente para a prática clínica, também pode ser útil ao nível da investigação, uma vez que permite a recolha de dados sobre estratégias de *coping*/ grau de eficácia utilizadas pelos cuidadores, possibilitando a sua optimização pelos profissionais de saúde.

No estudo de Sequeira (2007), o CAMI foi preenchido de forma integral pelos 154 cuidadores, pelo que não existem valores omissos.

O CAMI apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,87$).

Os cuidadores de idosos com dependência física (C-ICDF) atingem uma pontuação global com $M = 66,91$; $DP = 15,14$ e os cuidadores de idosos com dependência mental (C-ICDM) apresentam uma pontuação global com $M = 62,37$; $DP = 17,11$. De modo global, constata-se que os C-ICDM utilizam menos estratégias de *coping* ou as estratégias que utilizam são menos eficazes comparativamente com os C-ICDF, mas a diferença existente não tem significado

estatístico avaliado através do *t* de *Student*, $t(182) = 1,78$; $p = 0,58$, pelo que podemos inferir que, de forma global, ambos os grupos de cuidadores têm uma percepção similar relativamente à eficácia das estratégias de *coping* utilizadas.

Numa primeira abordagem, são analisadas as estratégias utilizadas pelos cuidadores, de acordo com as três categorias propostas pelo autor (Nolan e col., 1996).

Nota: os resultados globais em termos de estratégias de *coping* estão descritos no capítulo 5 – Estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores.

Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas

Esta categoria é constituída por 14 itens: 1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31 e 33. Apresenta uma boa consistência interna, de acordo com o coeficiente *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,80$). Destes itens, apenas a estratégia “**ser firme com a pessoa de quem cuida e fazer-lhe ver o que espero dela**” (33), não é adoptada por mais de 50% dos C-ICDF (Tabela n.º 19).

210

Tabela n.º 19	Categoria do C-ICDF – Lidar com acontecimentos/resolução de problemas
N.º	UMA DAS FORMAS QUE UTILIZO PARA ENFRENTAR AS DIFICULDADES É:
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo
3	Falar dos meus problemas a alguém em quem confio
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a)
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder
14	Manter a pessoa de quem cuida tão activa quanto possível
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde/sociais
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam
29	Confiar na minha própria experiência e na minha competência
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes
33	Ser firme com a pessoa de quem cuida e fazer-lhe ver o que espero dela

Percepções alternativas sobre a situação

Esta categoria é constituída por 15 itens: 6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32 e 34 (Tabela n.º 20). Apresenta uma boa consistência interna, de acordo com o coeficiente de *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,81$).

TABELA N.º 20		CATEGORIA DO CAMI – PERCEPÇÕES ALTERNATIVAS SOBRE A SITUAÇÃO
N.º	UMA DAS FORMAS QUE UTILIZO PARA ENFRENTAR AS DIFICULDADES É:	
6	Ver o lado cómico da situação	
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu	
8	Cerrar os dentes e continuar	
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa	
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação	
12	Viver um dia de cada vez	
16	Pensar que a situação está melhor agora do que antes	
20	Aceitar a situação tal como ela é	
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	
25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento	
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções	
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação	
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação	

Nesta categoria e de forma global, os C-ICDF atingiram pontuações ponderadas com $M = 2,58$; $DP = 0,43$ e os C-ICDM pontuações ponderadas com $M = 2,42$; $DP = 0,61$. Relativamente à comparação entre as médias com recurso ao teste *t* de *Student*, ($t(142) = 1,99$; $p = 0,49$), verifica-se que existem diferenças entre os grupos, mas sem significado estatístico, apesar de, de um modo geral, os C-ICDF utilizarem mais estratégias relacionadas com as percepções alternativas sobre a situação ou apresentarem uma percepção de melhor eficácia neste contexto.

Lidar com sintomas de stress

Esta categoria do CAMI integra um conjunto de nove estratégias de *coping*, que correspondem aos itens: 2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37 e

38 (Tabela n.º 21). Em termos de consistência interna, apresenta um $\alpha = 0,70$ (alfa de Cronbach).

N.º	UMA DAS FORMAS QUE UTILIZO PARA ENFRENTAR AS DIFICULDADES É:
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio
19	Chorar um bocado
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas: lendo, vendo televisão, etc.
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando, etc.
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além do cuidar

Os C-ICDF obtêm, de forma global e em termos médios, pontuações similares aos C-ICDM, pelo que não se verificam diferenças estatisticamente significativas.