

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

A Sobrecarga e Estratégias de *Coping* do Cuidador Informal do Idoso
Dependente

JOANA RITA ANDRÉ CUSTÓDIO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2011



A Sobrecarga e Estratégias de *Coping* do Cuidador Informal do Idoso
Dependente

JOANA RITA ANDRÈ CUSTÓDIO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor António Frazão, Professor Auxiliar, ISLA-Leiria

Coimbra, Dezembro de 2011

*“Toda família tem alguém,
Com um brilho especial nos olhos.
Nos lábios sábios conselhos.
Na voz a soma da cultura acumulada,
Muitas vezes desprezada.
Toda família tem alguém que,
Têm braços de músculos cansados, mas...
Que não negam o conforto de um longo abraço.
Têm os ombros cansados, mas...
Não negam um carinho e mais um fardo.
Têm os ossos frágeis, mas...
Não negam um colo.
Precisam de atenção, de amor e compreensão.
E estão atentos a tudo, amam como ninguém,
Sempre tentando compreender os filhos e netos.
Parabéns aos Idosos!”*

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento não podia deixar de ser para o Professor Doutor António Frazão, meu orientador científico, que com grande mestria sempre demonstrou sabedoria, dedicação e disponibilidade para tudo o que foi necessário.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto, que disponibilizou as escalas de avaliação e se prontificou a ajudar em tudo que fosse necessário. Muito obrigado.

À Santa Casa da Misericórdia de Leiria, em especial à Unidade de Cuidados Continuados do Hospital D. Manuel de Aguiar e a todos os seus funcionários por todo o apoio e disponibilidade.

Aos cuidadores informais, pelo tempo disponibilizado na participação neste projecto.

Ao meu namorado pelo amor, companhia, ajuda e apoio incondicional nos momentos bons e menos bons desta etapa. Sem ti não teria chegado até aqui.

Às minhas amigas, Cristiana e Tânia, por todas as horas de companheirismo, por estarem “sempre lá”, com uma palavra de apoio, um gesto amigo, por ajudarem nas alturas em que mais precisei e preciso. Estão no meu coração com lugar especial.

À minha amiga Patrícia mesmo estando um oceanos a separar-nos sempre que precisei de uma voz amiga esteve disponível para me ouvir e me ajudar no que fosse possível. Obrigada “miga”.

A todos os outros amigos que não mencionei o muito obrigado pelo apoio prestado.

À minha família, porque sem o seu apoio, paciência, incentivo e amor, teria sido impossível realizar este projecto.

RESUMO

Introdução: A consequência resultante da prestação contínua de cuidados é denominada de “sobrecarga” ou “exaustão” do cuidador informal, que resulta de problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira experimentados pelos familiares que cuidam de pessoas idosas com dependência.

Metodologia: O principal objectivo deste estudo é avaliar a sobrecarga e estratégias de coping do cuidador informal de idosos dependentes, através de instrumentos de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), (Sequeira, 2007, 2010) para avaliar a sobrecarga do cuidador informal; Índice para Avaliação das Maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI), (Sequeira, 2007,2010) avalia a forma como cada prestador de cuidados resolve/atenua as dificuldades percebida e; o Índice de Barthel que avalia as actividades básicas da vida diária do idoso.

O presente estudo é não experimental, transversal, descritivo - correlacional com recurso à técnica de análise quantitativa. Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por um total de 46 cuidadores informais de idosos dependentes. Destes, 23 foram provenientes da UCCI, os restantes 23 cuidadores foram seleccionados na zona de residência da investigadora. A população - alvo deste estudo é constituída por cuidadores de ambos os sexos, sendo maioritariamente do sexo feminino (87%) com média de 58,41 anos (DP= 12,49) de idade.

Resultados: Quanto mais idade tem o idoso menor é a percepção de sobrecarga subjectiva do cuidador; quanto melhor for o estado de saúde menor é a sobrecarga autopercebida do cuidador; a maior parte dos cuidadores tem a percepção de alguma eficácia das estratégias utilizadas; quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso; quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso.

Conclusão: Será importante potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de coping e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos mais do que os que se baseiam em modelos patológicos, que visam a diminuição da sobrecarga.

Palavras-chave: Dependência, Cuidador Informal, Sobrecarga, Estratégias de *Coping*.

ABSTRACT

Introduction: The consequence resulting from the continued provision of care is called "overload" or "exhaustion" of the informal caregiver and it results of physical, psychological, emotional, social and financial problems experienced by the family members that take care of older people with dependency.

Methodology: The main objective of this study is to evaluate the overload and coping strategies of the informal caregivers of dependent elders, through evaluation instruments: Scale of caregiver burden (ESC), (Sequeira, 2007, 2010) to assess informal caregiver overload; Index of Ways to Assess how the caregiver faces difficulties (CAMI), (Sequeira, 2007, 2010) that assesses how each care provider solves/attenuates the perceived difficulties, the Barthel Index that assesses basic activities of daily life of the elder.

This study is nonexperimental, cross-sectional, descriptive - correlational using a quantitative analysis. It uses a convenience sample, consisting in a total of 46 informal caregivers of dependent elderly. Of these, 23 were from the UCCI, the remaining 23 caregivers were selected in the researcher residence area. The target population of this study consists in caregivers of both sexes, mostly female (87%) with an age average of 58,41 years old (SD = 12,49).

Results: The older the elderly are, lower is the perception of subjective caregiver overload; the better the health status, less is the self-perceived caregiver overload; most caregivers have the perception of some efficacy in the strategies used; the more the caregiver uses strategies to overcome their difficulties in providing care to the elderly, lower is the overload of the interpersonal relationship with the elderly; more strategies at this level increase the caregiver's expectations with regard to the care of the elder.

Conclusion: It is important potentiate coping mechanisms in informal caregivers and develop their skills for the taking care, resulting in therapeutic benefits, more than those based on pathological models that aim to decrease the overload.

Keywords: Dependence, Informal Caregiver, Overload, Coping Strategies

ÍNDICE

PARTE I – INTRODUÇÃO	1
A dependência do Idoso.....	1
Cuidador Informal.....	2
Sobrecarga do Cuidador Informal.....	5
Estratégias de <i>Coping</i>	8
PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
1. Tipo de Estudo.....	10
2. População e Amostra.....	10
2.1. Caracterização Sócio-demográfica do Idoso Dependente	11
2.2. Caracterização Sócio-demográfica do Cuidador Informal	12
2.3. Características Sócio-familiares dos Cuidadores Informais	14
3. Instrumentos de Colheita de Dados	15
3.1. Questionário Geral para Cuidador Informal	15
3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)	15
3.3. Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)	16
3.4. Questionário Geral para o Idoso Dependente	17
3.5. Índice de Barthel	18
4. Procedimentos	19
4.1. Procedimentos Estatísticos	19
4.2. Procedimento Éticos	19
5. Fiabilidade das medidas	19
PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	22
6. Dependência dos Idosos	22
7. Características dos Cuidadores Informais	25
7.1. Contexto de Prestação de Cuidados Informais	25

7.2.	Cuidados Prestados	27
7.3.	Apoio formal e Serviços	28
7.4.	Estado de Saúde do cuidador	30
7.5.	Motivos, aspectos positivos e negativos de ser cuidador.....	32
	<i>Figura 7 - Percentagens dos motivos de ser e manter-se cuidador do idoso</i>	<i>33</i>
7.6.	Sobrecarga do Cuidador.....	34
7.7.	Formas do cuidador enfrentar dificuldades	36
8.	Idoso e sobrecarga do cuidador informal: que relações?.....	37
8.1.	Idade do idoso e sobrecarga do cuidador.....	37
8.2.	Dependência do idoso e sobrecarga do cuidador.....	38
8.3.	Influência das variáveis sócio-demográficas na sobrecarga do cuidador	40
8.3.1.	Gênero.....	40
8.3.2.	Idade.....	42
8.3.3.	Estado civil	42
8.3.4.	Situação profissional.....	43
8.3.5.	Tempo de prestação de serviços	45
8.3.6.	Acesso a apoio formal.....	46
8.3.7.	Estado de saúde do cuidador.....	47
8.3.8.	Estratégias de enfrentar dificuldades	48
	PARTE IV – DISCUSSÃO	50
	PARTE V – CONCLUSÃO	55
	PARTE VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

INDICE DE ANEXOS

Anexo A – Guião dos Questionários

Anexo B – Questionário Sócio – Demográfico do Cuidador Informal

Anexo C – Questionário Sócio – Demográfico do Idoso Dependente

Anexo D – Quadros da Distribuição das variáveis sócio-demográficas do cuidador em função dos níveis de sobrecarga na prestação de cuidados ao idoso.

ÍNDICE DE QUADROS

Quando 1 – Distribuição da amostra relativamente ao género e grupo etário.

Quadro 2 - Distribuição das respostas amostra relativamente à idade.

Quadro 3 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil, habilitações literárias, com quem vivem e diagnóstico.

Quadro 4 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o género e grupo.

Quadro 5 - Distribuição das respostas da amostra relativamente à idade.

Quadro 6 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil, habilitações literárias e situação profissional.

Quadro 7- Distribuição da amostra relativamente à relação de parentesco com o idoso e com quem vivem.

Quadro 8 – Correlação item-total de consistência interna α Cronbach sem os respectivos itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Quadro 9 – Níveis de dependência apresentados pela amostra nas actividades básicas da vida diária (ABVD) de acordo com o Índice Barthel.

Quadro 10 – Médias, Desvio Padrão, mínimo, máximo da pontuação global dos factores e de cada item do Índice Barthel.

Quadro 11 – Contexto da prestação de cuidados efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 12 – Tipo de ajudas dos cuidadores efectuadas aos idosos: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 13 – Acesso dos cuidadores a resposta formal e tipo de serviços prestados: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 14 – Autopercepção do estado de saúde do cuidador: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 15 – Motivos de ser e manter-se cuidador do idoso: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 16 – Aspectos positivos e negativos de cuidar do idoso: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 17 – Níveis de sobrecarga dos cuidadores efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 18 – Médias, Desvios Padrão, mínimo e máximo da pontuação global e dos factores da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Quadro 19 – Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades: efectivos, absolutos e relativos.

Quadro 20 - Médias, Desvios Padrão, mínimo e máximo do Índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades (CAMI).

Quadro 21 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso e os níveis de sobrecarga do cuidador.

Quadro 22 – Distribuição dos efectivos em cada nível da escala da sobrecarga do cuidador pelos diversos graus de dependência do idoso de acordo com Índice de Barthel.

Quadro 23 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre os níveis de sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso nas actividades básicas da vida diária do Índice de Barthel.

Quadro 24 – Pontuações médias e desvio padrão da escala de sobrecarga do cuidador em função do género dos cuidadores: Teste t de Student para amostras independentes.

Quadro 25 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a idade do cuidador e a escala de sobrecarga do cuidador.

Quadro 26 – Pontuações médias e desvio padrão da escala de sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores: Teste t de Student para amostras independentes.

Quadro 27 – Pontuações médias e desvio padrão da escala de sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores: ANOVA

Quadro 28 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre o tempo de prestação de serviços e a escala de sobrecarga do cuidador.

Quadro 29 – Pontuações médias e desvio padrão da escala de sobrecarga do cuidador em função ao acesso do cuidador a apoio formal: Teste t de Student para amostras independentes.

Quadro 30 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre o estado de saúde do cuidador e a escala de sobrecarga do cuidador.

Quadro 31 – Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre as formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (CAMI) e a escala de sobrecarga do cuidador.

Quadro A1 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e o sexo

Quadro A2 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu grupo etário.

Quadro A3 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu estado civil.

Quadro A4 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua situação profissional

Quadro A5 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e o tempo de prestação de serviços

Quadro A6 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e o acesso a apoio formal.

Quadro A7 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e há quanto tempo cuida

Quadro A8 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua percepção do estado de saúde.

Quadro A9 - Relação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua percepção de eficácia das estratégias de coping

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – percentagem do tipo de dependência do idoso nas actividades básicas da vida diária (ABVD) de acordo com Índice de Barthel.

Figura 2 - Médias, Desvio Padrão, mínimo, máximo da pontuação global dos factores e de cada item do Índice Barthel para os idosos inquiridos.

Figura 3 – Tempo de prestação de cuidados ao idoso em função do cuidador viver ou não na mesma habitação que o idoso: efectivos observados.

Figura 4 – Percentagens do tipo de cuidados prestados ao idoso.

Figura 5 – Percentagens do tipo de serviços domiciliários de IPSS, Misericórdias ou outras instituições de apoio social.

Figura 6 – Estado de Saúde do cuidador em função do cuidador sofrer ou não doença: efectivos observados.

Figura 7 – Percentagens dos motivos de ser e manter-se cuidador do idoso.

Figura 8 – Aspectos positivos ao cuidar do idoso em função dos aspectos negativos: efectivos observados.

Figura 9 – Médias da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Global) e factores constituintes.

Figura 10 – Médias das diversas formas do cuidador enfrentar as dificuldades.

Figura 11 – Níveis de sobrecarga do cuidador em função do grau de dependência do idoso: efectivos absolutos.

Figura 12 – Médias de sobrecarga do cuidador em função do género dos cuidadores.

Figura 13 – Médias da Escala de Sobrecarga do Cuidador em função do estado civil dos cuidadores.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades Vida Diária

CAMI – Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades

CEB – Ciclo de Ensino Básico

CE - Controlo dos Esfíncteres

DM2 – Diabetes Mellitus (Tipo 2)

Desemp. – Desempregado

DP – Desvio Padrão

Emp. TI – Empregado a Tempo Inteiro

Emp. TP - Empregado a Tempo Parcial

ESC – Escala Sobrecarga do Cuidador

HTA – Hipertensão Arterial

Hig. – Higiene

IB – Índice Barthel

M – Média

MB – Membro Superior

Mob. – Mobilidade

N – Numero da amostra

Por CP – Por Contra Própria

Ref./Pen – Reformado/Pensionista

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

PARTE I – INTRODUÇÃO

Os cuidados entre familiares e os seus idosos dependentes é uma situação que perdura no tempo.

A sociedade tem assistido a um conjunto de “ (...) alterações demográficas que têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do número de idosos a necessitarem de cuidados” (Sousa 2004, pp.62). Temos o exemplo da redução da taxa de natalidade; o aumento do peso da população idosa; o aumento da esperança de vida; o aumento da taxa de divórcio e a maior mobilidade geográfica dos sujeitos, que diminuem a proximidade física dos elementos da família; o aumento das mulheres com carreiras profissionais, ou seja, factos que implicam menor disponibilidade para assumirem o papel de prestador de cuidados prolongados. Deste modo, reduz-se drasticamente o número de pessoas para poderem assegurar esta actividade. As redes de suporte informal (familiar e de vizinhança) asseguram, na maior parte das vezes, a continuidade de cuidados, contrapondo-se desta forma à insuficiência dos sistemas de protecção social e de saúde.

Desta forma, a família e os outros cuidadores, pertencentes à rede informal (vizinhos, amigos, voluntários) são considerados como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência (Figueiredo, 2007).

A dependência do Idoso

A dependência é considerada frequentemente uma consequência inevitável do envelhecimento. No entanto, e de acordo com Baltes (1996, citado por Barbosa, 2009) trata-se de um fenómeno complexo, com diversas dimensões e causas que pode atravessar todas as faixas etárias, podendo ocorrer em qualquer momento da vida e não apenas na velhice. A autora subdivide a dependência em três grandes conceitos: multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade. A ideia de multidimensionalidade indica que se trata de um conceito que se pode alargar a vários domínios (físico, psicológico, social, entre outros), não devendo ser reduzido a uma única configuração. A multicausalidade refere que vários factores, nomeadamente factores biológicos, sociológicos, culturais e económicos, influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência. A noção de 65

multifuncionalidade significa que a dependência pode apresentar várias funções, podendo assumir, por exemplo, um papel adaptativo.

De forma geral, uma pessoa dependente é aquela que, durante um período prolongado de tempo, requer ajuda de terceiros para realizar actividades da vida diária (AVD). O termo AVD refere-se a uma variedade de actividades cujo desempenho é necessário para a pessoa manter o seu auto-cuidado e continuar a ser um membro activo na sociedade (Schulz, Noelker, Rockwood & Sprott, 2006). No momento de determinar se uma pessoa é ou não dependente considera-se se ela necessita de ajuda para realizar dois tipos de actividades da vida diária: actividades básicas da vida diária (ABVD), dirigidas para o cuidado pessoal, como higiene, comer ou vestir (Katz et al., 1959, citado por Schulz et al., 2006) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD), centradas em actividades mais complexas como tomar medicamentos, utilizar o telefone, ou preparar refeições (Lawton & Brody, 1969, citado por Schulz et al., 2006).

Os instrumentos desenvolvidos para determinar o grau de dependência do indivíduo, discriminam geralmente três níveis: dependência ligeira, se o indivíduo executa as actividades sem ajuda ou necessita apenas de alguma vigilância; dependência moderada, quando o indivíduo necessita de supervisão e apoio de terceiros para executar as actividades da vida diária e dependência severa, se o indivíduo não tem capacidade para executar sozinho algumas actividades e necessita de apoio permanente no quotidiano.

Cuidador Informal

Segundo Carletti & Rejani (1999; citado por Ricardete, 2009), “cuidar pode dividir-se em formal ou informal, sendo o cuidado formal constituído pelos cuidados prestados pelas agências do sistema formal de saúde aos indivíduos que deles necessitam, e o cuidado informal os prestados pela família ou comunidade à pessoa com dificuldades ou impossibilitada de se auto-cuidar”.

Segundo Lage (2005), “O cuidador informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem”.

A prestação de cuidados não se reparte dentro da família equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal. Família cuidadora, ou cuidador informal são indivíduos não

pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados, podendo ser cuidadores primários ou secundários e trabalhar ou não a tempo inteiro, e viver com ou separadamente da pessoa cuidada.

A iniciação no papel de cuidador muito raramente surge de um processo de livre e consciente escolha. Em termos do processo familiar que leva à determinação do papel de principal cuidador familiar, existem duas vias: através de um processo sub-reptício ou em consequência de um incidente inesperado. O primeiro ocorre com uma perda progressiva de autonomia da pessoa de quem se cuida; o cuidador começa a prestar cuidados sem ter tomado conscientemente essa decisão. Em relação ao incidente inesperado, este poderá ser devido a uma doença ou um acidente incapacitante, a viuvez, e à saída ou morte do anterior prestador de cuidados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, pp.62-64).

Também Heierie (2004, pp.19) reflecte sobre a iniciação do papel de cuidar por parte de um familiar, afirmando que a prestação de cuidados a um parente idoso é um fenómeno familiar com uma personagem chave, que é a cuidadora principal, que na maioria das vezes é uma mulher, que toma a responsabilidade do cuidado do doente, de uma forma desinteressada, preocupando-se antes de outros membros da família.

Existindo ou não a possibilidade de decidir acerca de quem irá prestar cuidados a um idoso dependente, há um conjunto de factores que determinam esse processo. Alguns estudos defendem que o estado civil, a cultura e o estatuto profissional dos potenciais cuidadores influenciam a definição do papel do prestador de cuidados. Outro factor que influencia o cuidar é o tipo de cuidados a prestar ao idoso dependente. Sequeira (2007, pp.104) 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 adopção do papel de cuidador”. Martín (2005, pp.184) afirma que os factores determinantes na escolha do cuidador informal são: a relação familiar, a co-residência, o género do cuidador e da pessoa cuidada e as condicionantes respeitantes aos descendentes.

Assim, o principal cuidador é geralmente um membro da família ou alguém muito próximo do doente. Quando o idoso dependente é casado, o principal cuidador é geralmente o cônjuge. Assim, os cônjuges surgem na literatura como o principal cuidador ao idoso dependente. Muitas vezes o cônjuge é ele próprio um idoso dependente, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Segue-se a descendência, com predominância do sexo feminino; ou seja, na ausência do cônjuge, é geralmente a filha que assume o papel de

principal prestadora de cuidados. No caso de ser um filho, em vez da filha, este tende a transferir a responsabilidade da prestação de cuidados para a sua esposa. Os amigos e/ ou vizinhos apenas se tornam cuidadores na ausência de familiares, ou como cuidadores secundários (Martín, 2005, pp.184; Sequeira, 2007, pp.100-103).

A co-residência é outro factor a ter em atenção no papel de cuidador informal, devido à proximidade física entre cuidador e pessoa cuidada. Martín (2005, pp.185) afirma que “a coabitação versus viver com a pessoa que perdeu/perderá/está em vias de perder determinadas capacidades funcionais, converteu-se numa das variáveis determinantes capazes de predizer ou explicar o tipo de padrão de cuidado”. Assim, podemos afirmar que habitualmente, os prestadores de cuidados vivem na mesma habitação ou próximos do idoso dependente e é mais frequente quando se trata de cônjuges e entre os descendentes quando o idoso apresenta um elevado índice de dependência.

Heirie (2004, pp.30) refere que, em todas as investigações por si consultadas, são as mulheres, quer sejam esposas ou filhas, as que prestam mais apoio ao doente. Pode-se então afirmar que a responsabilidade do cuidar recai sobre o elemento feminino mais próximo; recai habitualmente na esposa, seguindo-se as filhas e as noras. No entanto, os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados ao idoso, quer seja como cuidador principal ou secundário.

Em relação aos descendentes, a escolha do cuidador tem geralmente como base a decisão de cada filho relativamente ao cuidar dos pais dependentes. Assim, o estatuto laboral influencia as tarefas do cuidador informal. Um filho ou filha que esteja desempregado e geograficamente próximo acabará por assumir a responsabilidade de cuidar, enquanto que os irmãos que estejam empregados ajudarão durante o horário pós-laboral. Outro factor a ter em conta é a idade dos prestadores de cuidados. Diversos estudos demonstram que a maioria dos cuidadores familiares tem entre os 45 e os 60 anos de idade. No entanto, a idade dos prestadores de cuidados é influenciada pela idade da pessoa cuidada. Assim, quanto mais velha for a pessoa cuidada, mais velho será o cuidador informal (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006, pp.70).

Em relação ao estado civil, os casados constituem a maior proporção dos que prestam cuidados a um idoso dependente (BRITO, 2002, pp.32). Logo a seguir aos casados situam-se os solteiros ou divorciados/separados e em proporções menos significativas encontram-se os viúvos (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006, pp.71).

A acumulação de uma carreira profissional com a tarefa de prestação informal de cuidados não constitui o modelo predominante na União Europeia, ao contrário do que sucede por exemplo no Canadá, em que mais de metade dos cuidadores têm uma ocupação remunerada (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004, pp.71-72).

Quando um cuidador informal principal assume a responsabilidade de cuidar de alguém, fá-lo igualmente em função de motivações, que constituem um domínio complexo, pois envolvem um grande número de razões. É um domínio que se encontra fortemente marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria concepção de vida, pela história de cada indivíduo, entre outros (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004, pp.65).

De acordo com as autoras anteriores, as principais motivações inerentes à assunção do papel de cuidador familiar são: Dever moral e/ou social; Solidariedade conjugal, filial ou familiar; Cristianismo; Sentimentos de amor ou piedade; Recompensa material e Evitar a institucionalização

Sobrecarga do Cuidador Informal

A consequência resultante da prestação contínua de cuidados é denominada de “sobrecarga” ou “exaustão” do cuidador informal, que resulta de problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira experimentados pelos familiares que cuidam de pessoas idosas com dependência (Vitalino et al., 2004).

Embora a sua definição não seja consensual, é frequente distinguir-se duas dimensões da sobrecarga (Chou, 2000): a objectiva e a subjectiva. Aneshensel et al. (1995; citado por Rolo, 2009) referem que “a sobrecarga objectiva está relacionada com os acontecimentos e actividades concretas, ou seja, refere-se à interrupção nos aspectos de vida dos cuidadores, que são potencialmente observáveis e quantificáveis, enquanto a sobrecarga subjectiva é definida como os sentimentos, atitudes e reacções emocionais do cuidador e experiência do cuidar”. Lefley (1996; citado por Westphal, 2005) “engloba na sobrecarga objectiva a dependência económica do doente, os custos com a doença, a interrupção da rotina, o comportamento observado, a privação de necessidades dos outros membros da família, o tempo e a energia requeridos com o idoso”.

De acordo com Sales (2003) a sobrecarga subjectiva pode então ser definida como uma experiência geradora de stresse, de cunho emocional. Esta é constituída pelos sentimentos de culpa do cuidador, a vergonha, a baixa auto-estima e a preocupação excessiva com o familiar idoso. Assim, a sobrecarga objectiva está associada mais às tarefas de cuidar, a sobrecarga subjectiva está mais relacionada com as características do cuidador.

Alguns estudos (Mors, Sorensen e Therkildsen 1992; Lavoie, 2000; citado por Ricardete, 2009) “demonstram que a primeira fase é a que maior desgaste provoca nas famílias, porque é aqui que se verifica o maior número de alterações no quotidiano familiar do cuidador.

Não raramente, os cuidadores demonstram reacções negativas e de protesto, as quais são apaziguadas através de estratégias de coping”.

Sousa, Figueiredo & Sequeira (2006) referem que a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada de forma negativa ou positiva dependendo das estratégias que estes adoptam, ou seja, o modo como gerem situações face ao stresse.

Segundo Sequeira (2007) a história de vida do cuidador com o idoso dependente torna-se relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As experiências de conflito potenciam a percepção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos. Segundo o mesmo autor, as características internas do cuidador, como a percepção de auto-eficácia ou a auto-estima, são determinantes para a percepção de sobrecarga, e quanto maior for o conhecimento que o cuidador tem sobre a situação do idoso dependente, menor será a tendência para o aparecimento de elevados níveis de sobrecarga.

Os cuidadores apresentam necessidades que dependem da sua condição individual, que variam de acordo com diversos factores, tais como: o grau de dependência do idoso, a sua situação financeira e, também, os meios de apoio existentes na comunidade. Segundo Quaresma (1996; citado por Ricardete, 2009), entre as necessidades do cuidador informal, destacam-se:

“- Situação financeira, devido às despesas com o idoso (saúde, alimentação e apoio social);

- Ajudas ao nível técnico, abrangendo os artigos que permitem uma maior autonomia do idoso dependente, facilitando a ajuda do prestador de cuidados (camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e bengalas);

- Apoios na comunidade, facilitando o acesso à informação e permitindo, assim, o acesso aos serviços disponíveis;

- Disponibilidade de tempo, aumentando o seu próprio isolamento causado pelas funções e responsabilidades que assume, de modo a ter tempo livre para as suas próprias necessidades e descanso.

- Facilidade em estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psico-social, possibilitando a partilha da situação em que se encontra, dos seus receios e/ou dificuldades;

- Acesso à informação sobre o modo como ajudar de forma mais eficaz o idoso dependente, com o conhecimento dos serviços disponíveis na comunidade;

- Acesso a formação, de modo a permitir a ajuda mais adequada ao idoso dependente cuidado, através de práticas que também oferecem uma maior segurança sobre os cuidados prestados ao cuidador”.

Será ainda de referir que o stresse provocado pela recusa ao nível da aceitação do estado de dependência, por parte do cuidador e/ ou do próprio idoso, pode aparecer ou aumentar, provocando alterações na vida do cuidador.

Como refere Santos (2005), ao nível físico, os cuidadores têm a sensação da degradação gradual do seu estado de saúde, mostrando-se a sua saúde global mais frágil, com maior prevalência de doenças crónicas Haley et al., (1996, citado por Sousa et al., 2006), que se vai agravando conforme o aumento da idade.

Tal como afirma Stroebe et al., (1999; citado por Ricardete, 2009), “a saúde pode ser afectada directa ou indirectamente devido ao stresse, através das alterações fisiológicas ou do comportamento do indivíduo, respectivamente. Como consequência, a saúde pode tornar-se mais débil quer pela existência de outras doenças, quer pela diminuição da capacidade do corpo para resistir”.

Embora existam cuidadores que apresentam níveis de sobrecarga muito elevados, verifica-se, também, que existem sentimentos em relação ao cuidar que são emocionalmente gratificantes, traduzindo-se numa perspectiva pessoal enriquecedora.

Sommerhalder (2001), enumera aspectos vivenciados pelos cuidadores, como positivos ou benéficos, sendo estes: “Crescimento pessoal; Aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios; Melhoria do relacionamento interpessoal (tanto com o idoso, como com as outras pessoas); Aumento do significado da vida; Prazer;

Satisfação; Retribuição; Satisfação consigo próprio e Bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

Estratégias de *Coping*

O *coping* define o conjunto de sentimentos, pensamentos e comportamentos que permitem ao indivíduo manter um estado psicológico aceitável quando este é ameaçado (Snyder e Pulvers, 2001; citado por Figueiredo, 2007).

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 (Folkman e Moskowitz, 2004; Ramos, 2001). Como consequência imediata desta avaliação, dá-se a resposta ao stresse, que se traduz numa reacção 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 afecta (Ramos, 2001). Se as estratégias iniciadas forem ajustadas e eficazes, a pessoa resolve a situação de stresse se as estratégias de *coping* utilizadas forem inadequadas e ineficazes, a situação stressora não é resolvida e emoções negativas permanecem (Ramos, 2001; Folkman e Moskowitz, 2004).

Relativamente à adopção de estratégias de *coping* existem vários factores, que são geralmente classificados como recursos pessoais internos e recursos pessoais externos (Nolan Grant e Keady, 1996, citado por Barbosa, 2009). Nos recursos pessoais internos, evidenciam-se as aptidões pessoais, o conhecimento que possuem da idoso dependente, a experiência de vida, crenças e valores e competência para resolução de problemas (Nolan Grant e Keady, 1996, citado por Barbosa, 2009). Neste grupo podem ser ainda inseridas as diferentes características psicológicas da personalidade que fazem as pessoas resistentes ou não ao stresse: o sentido de coerência, a auto estima, o optimismo, a auto-eficácia (Martz e Livneh, 2007; Ramos, 2005), o perdão, a esperança, a inteligência emocional e o humor (Ramos, 2005). Relativamente aos recursos pessoais externos, o significado pode ser atribuído à situação causadora de stresse pode ser determinado pelo rendimento, suporte social e acesso a serviços de saúde e sociais (Nolan Grant e Keady, 1998, citado por Barbosa, 2009).

Poucas investigações têm, no entanto, explorado esta relação. O trabalho de Aneshensel e colaboradores (1995, citado por Barbosa, 2009) e o de Figueiredo (2007b), contribuem para esta compreensão. No seu estudo, Figueiredo indica não existir qualquer relação significativa entre o coping e os stressores primários subjectivos (sobrecarga e clausura do papel). Contudo, o mesmo parece afectar o sentido de enriquecimento pessoal, isto é, à medida que as estratégias são compreendidas como eficazes, aumenta o sentimento de enriquecimento pessoal. A autora revela ainda que quanto maior é a dependência do idoso nas AVD's, mais as estratégias de coping são percebidas como ineficazes.

Neste contexto, este estudo tem como principal objectivo identificar a relação entre a sobrecarga e a percepção da eficácia das estratégias utilizadas pelo cuidador informal do idoso dependente. Em termos mais específicos procuramos: Avaliar os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal do idoso dependente; Avaliar a percepção da eficácia das estratégias de coping apresentadas pelo cuidador informal do idoso dependente; Avaliar o índice de dependência do idoso nas ABVD; Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e a percepção da eficácia das estratégias utilizadas pelo cuidador do idoso dependente; Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e os níveis de dependência nas ABVD do idoso dependente; Analisar a relação entre os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal e as variáveis sócio - demográficas do cuidador (género, idade, estado civil, situação profissional, tempo de prestação de cuidados, acesso a apoio formal e estado de saúde); Analisar a relação entre a sobrecarga e a percepção da eficácia das estratégias utilizadas pelo cuidador do idoso dependente e analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sócio - demográficas do idoso (idade e o grau de dependência nas ABVD).

PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

Este estudo pode ser classificado, relativamente ao controlo de variáveis, como não experimental, transversal, descritivo - correlacional com recurso à técnica de análise quantitativa.

2. População e Amostra

A população - alvo deste estudo é constituída por cuidadores informais de idosos dependentes de ambos os sexos com idades entre os 34 e 83 anos, que deram entrada na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa de Misericórdia de Leiria e idosos, igualmente dependentes, que permanecem no seu domicílio.

Participaram no estudo os cuidadores que reuniram os seguintes critérios de inclusão: Ser cuidador informal principal de idoso dependente; Não ser pago pelo facto de cuidar de um idoso dependente e mostrar-se disponível para participar no estudo.

Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por um total de 46 cuidadores. Destes, 23 foram provenientes da UCCI, os restantes 23 cuidadores foram seleccionados na zona de residência da investigadora.

A amostra de cuidadores da UCCI foi seleccionada através do registo de entrada dos idosos na mesma unidade tendo-lhes sido aplicado o instrumento no âmbito da reunião de acolhimento. Os restantes cuidadores são pessoas residentes na localidade Moita/Marinha Grande, que têm a seu encargo um idoso dependente e se disponibilizaram a participar no estudo, sendo portando, casos conhecidos na localidade.

A aplicação do questionário foi feita através de entrevista estruturada, pelo investigador do estudo.

Antes da aplicação do mesmo foi explicado o objectivo do estudo e foram esclarecidas questões colocadas pelo entrevistado. Ao longo da entrevista foram também esclarecidas as dúvidas acerca das afirmações presentes nos instrumentos.

2.1. Caracterização Sócio-demográfica do Idoso Dependente

A amostra é constituída por 46 idosos, 19 (41,3%) do sexo masculino e 27 (58,7%) do sexo feminino. Trata-se de uma população muito idosa, sendo que a maioria encontra-se acima dos 80 anos de idade (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - *Distribuição da amostra relativamente ao género e grupo etário*

Variáveis	Níveis	N	%
Sexo	Masculino	19	41,3
	Feminino	27	58,7
	<i>Total</i>	46	100,0
Grupo Etário	<40	0	---
	[40-50]	3	6,5
	[51-60]	0	---
	[61-70]	4	8,7
	[71-80]	9	19,6
	>80	30	65,2
	<i>Total</i>	46	100,0

Relativamente à média (M) de idades dos idosos, esta encontra-se nos 79,15 anos (DP = 10,63) m estando compreendida entre os 41 e os 93 anos (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - *Distribuição das respostas amostra relativamente à idade.*

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	46	41	93	79,15	10,63

Verifica-se que 23 (50,0%) idosos são casados e 21 (45,7%) idosos são viúvos. Pode-se observar que 22 (47,8%) idosos frequentaram o 1º CEB, 12 (26,1%) idosos não frequentaram o ensino e 9 (19,6%) sabem ler e escrever. Os restantes 3 (6,5%) frequentaram o 2º CEB, 3º CEB e Ensino Secundário. 22 (47,8%) idosos vivem com o conjugue, 11 (23,9%) d com os filhos e 9 (19,6%) vivem sozinhos.

Relativamente ao diagnóstico dos idosos, 18 (39,1%) apresentam status pós AVC, 5 (10,9%) têm Alzheimer e 3 (6,5%) DM2 e Fractura do Fémur respectivamente (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - *Distribuição da amostra relativamente ao estado civil, habilitações literárias, com quem vivem e diagnóstico*

Variáveis	Níveis	n	%
Estado Civil	Casado	23	50,0
	Solteiro	1	2,2
	Viúvo	21	45,7
	Divorciado	1	2,2
	<i>Total</i>	46	100,0*
Habilitações Literárias	Sem Escolaridade	12	26,1
	Sabe Ler e Escrever	9	19,6
	1º CEB	22	47,8
	2º CEB	1	2,2
	3º CEB	1	2,2
	Ensino Secundário	1	2,2
	Ensino Superior	0	---
	<i>Total</i>	46	100,0*
Com quem vive o Idoso	Sozinho/a	9	19,6
	Cônjuge	22	47,8
	Filhos	11	23,9
	Pai e Mãe	1	2,2
	Genro	2	4,3
	Sobrinha	1	2,2
<i>Total</i>	46	100,0	
Diagnóstico	Neoplasia	2	4,3
	DM2	3	6,5
	AIT	1	2,2
	AVC	18	39,1
	Fractura Lombar	2	4,3
	HTA	1	2,2
	Osteortopatia	1	2,2
	Fractura da Anca	1	2,2
	Alzheimer	5	10,9
	Move Cervical	1	2,2
	Fractura do MS	2	4,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Diagnóstico	Doença Coronária	1	2,2
	Paraplégica	2	4,3
	Cegueira	1	2,2
	Fractura do Fémur	3	6,5
	Esclerose Lateral Amiotrófica	1	2,2
	ABC - Falta de Equilíbrio	1	2,2
<i>Total</i>	46	100,0	

2.2. Caracterização Sócio-demográfica do Cuidador Informal

A amostra é constituída por 46 cuidadores informais, 6 (13,0%) do sexo masculino e 40 (87,0%) do sexo feminino. Relativamente ao grupo etário, a maioria dos cuidadores (n = 35, 76,0%) estão entre os 40-70 anos, 5 (10,9%) encontra-se com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos e com mais de 80 anos estão apenas 4 (8,7%) dos cuidadores (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - *Distribuição dos Cuidadores de acordo com ao género e grupo etário*

Variáveis	Níveis	n	%
Sexo	Masculino	6	13,0
	Feminino	40	87,0
	<i>Total</i>	46	100,0
Grupo Etário	<40	2	4,3
	[40-50]	11	23,9
	[51-60]	14	30,4
	[61-70]	10	21,7
	[71-80]	5	10,9
	>80	4	8,7
	<i>Total</i>	46	100,0*

* Acerto estatístico

Relativamente à média de idades dos cuidadores, esta encontra-se nos 58,41 anos (DP = 12,49) estando a mesma, compreendida entre 34 e os 83 anos (cf. Quadro 5).

Quadro 5 - *Distribuição das respostas da amostra relativamente à idade*

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	46	34	83	58,41	12,49

Relativamente ao estado civil, maioritariamente dos cuidadores 41 (89,1%) são casados ou vivem em união de facto. Quanto às habilitações literárias, 25 (54,3%) cuidadores frequentaram o 1º CEB, 4 (8,7%) não frequentaram o ensino básico e 2 (4,3%) possuem curso superior.

No que diz respeito à situação profissional, 15 (32,6%) são reformados, 14 (30,4%) trabalham a tempo inteiro e 12 (26,1%) são domésticas (cf. Quadro 6).

Quadro 6 - *Distribuição da amostra relativamente estado civil, habilitações literárias e situação profissional*

Variáveis	Níveis	n	%
Estado Civil	Casado/União de Facto	41	89,1
	Viúvo	3	6,5
	Divorciado/Separado	2	4,3
	<i>Total</i>	46	100,0*
Habilitações Literárias	Sem Escolaridade	4	8,7
	Sabe Ler e Escrever	1	2,2

Quadro 6 - *Distribuição da amostra relativamente estado civil, habilitações literárias e situação profissional (continuação)*

Variáveis	Níveis	n	%
Habilitações Literárias	1º CEB	25	54,3
	2º CEB	4	8,7
	3º CEB	7	15,2
	Ensino Secundário	3	6,5
	Ensino Superior	2	4,3
	<i>Total</i>		46
Situação Profissional	Empregado/a Tempo Inteiro	14	30,4
	Empregado/a Tempo Parcial	2	4,3
	Reformado/Pensionista	15	32,6
	Doméstica	12	26,1
	Desempregado	2	4,3
	Por conta própria	1	2,2
<i>Total</i>		46	100,0*

* Acerto estatístico

2.3. Características Sócio-familiares dos Cuidadores Informais

Quanto à distribuição dos cuidadores informais de acordo com relação de parentesco com o idoso dependente, 21 (45,7%) são filhos/as, sendo que 16 (34,8%) são cônjuges, 4 (8,7%) são noras/genros e 1 (2,2%) é neto/a, vizinho, cunhado, sobrinho ou enteado.

Relativamente a com quem vivem os cuidadores, 24 (52,2%) vivem com o cônjuge e 17 (37,0%) vivem com o cônjuge e filhos (cf. Quadro 7).

Quadro 7 - *Distribuição da amostra relativamente à relação de parentesco com o idoso e com quem vivem*

Variáveis	Níveis	n	%
Relação de Parentesco com o idoso dependente	Cônjuge	16	34,8
	Filho/a	21	45,7
	Genro/Nora	4	8,7
	Neto/a	1	2,2
	Vizinho	1	2,2
	Cunhada	1	2,2
	Sobrinha	1	2,2
	Enteada	1	2,2
	<i>Total</i>		46
Com quem vive o Cuidador	Sozinho/a	3	6,5
	Cônjuge	24	52,2
	Filhos	2	4,3
	Cônjuge e Filhos	17	37,0
	<i>Total</i>		46

* Acerto estatístico

3. Instrumentos de Colheita de Dados

Para a recolha de informação constitui-se um protocolo que inclui um conjunto de questionários e escalas.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram: um questionário geral dirigido para recolha de informação sócio-demográfica relativa quer ao cuidador quer ao idoso dependente; a escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007, 2010); Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (Brito, 2002; Sequeira 2007; 2010) e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), sendo este último um instrumento utilizado na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento nas actividades básicas de vida diária.

Estas actividades são definidas de um modo sucinto, segundo Sequeira (2010), como, “um conjunto de actividades primárias da pessoa relacionadas com o auto-cuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda”.

3.1. Questionário Geral para Cuidador Informal

Para caracterizar o cuidador informal foi constituído um questionário geral. Este instrumento é composto, por 20 questões (abertas e fechadas) e tem como finalidade recolher informação relativa ao cuidador informal (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação profissional, relação de parentesco com o idoso dependente, durante quanto tempo por dia presta cuidados, ter ou não ajuda na prestação de cuidados, tipo de cuidados prestados ao idoso dependente, estado de saúde e aspectos positivos e negativos tem para cuidador cuidar do idoso).

3.2. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

A avaliação da sobrecarga é efectuada com o recurso à escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “receptor de cuidados”.

Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002; Sequeira, 2010).

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informação sobre quatro factores: Impacto de prestação de cuidados que agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados directos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados directos no contexto do cuidador, sendo estes (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22); Relação Interpessoal apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes (4,5,16,18 e 19); Expectativas face ao cuidar relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens (7,8,14 e 15); Percepção da auto-eficácia: relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens (20 e 21).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 Sobrecarga ligeira e Superior a 56 Sobrecarga intensa.

3.3. Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (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, tendo em vista conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida

com as dificuldades percebidas, que mecanismo de *coping* mobiliza, e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações.

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 cuidador idoso dependente. (Nolan e col., 1995, 1996, 1998; Brito, 2002; Sequeira, 2010). Os prestadores de cuidados devem indicar se utilizam ou não aquela forma de lidar com as situações e, em caso afirmativo, deverão também referir a percepção do grau de eficácia e efectividade do procedimento.

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 resultado (4). As várias formas de resolução de problemas/estratégias de *coping* podem ser agrupadas em três categorias (Nolan e col., 1995, 1996, 1998; Brito, 2002; Sequeira, 2010): Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas, é constituída por 14 itens (1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31, 33); Percepções alternativas sobre a situação, é constituída por 15 itens (6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32, e 34); Lidar com sintomas de stresse integra um conjunto de nove estratégias de *coping*, que correspondem aos itens (2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37 e 38).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: Não procedo desta forma = (1); Procedo, mas não dá resultado = (2); Procedo e dá algum resultado = (3); Procedo e dá bons resultados = (4).

Nesta versão obtém-se um Score Global que varia entre 38 e 152, em que um maior Score corresponde a uma maior utilização/percepção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, com os seguintes pontos de corte: Inferior a 76 = Não utiliza estratégias de *coping*, ou as estratégias utilizadas não são eficazes; Entre 76 a 114 = Percepção de alguma eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas e Superior a 114 = Percepção de elevada eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas.

3.4. Questionário Geral para o Idoso Dependente

Para caracterizar o idoso dependente foi constituído um questionário geral. Este instrumento é composto, por 6 questões (abertas e fechadas) e tem como finalidade recolher

informação relativa ao idoso dependente (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, com quem vive e o diagnóstico).

3.5. Índice de Barthel

O instrumento de avaliação das actividades básicas da vida diária (ABVD), baseia-se no Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Sendo este índice composto por 10 actividades básicas de vida diária, em que cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação.

As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação.

Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, flutuando a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90- 100 Pontos Independente; 60- 89 Pontos Ligeiramente dependentes; 40-55 Pontos Moderadamente dependentes; 20- 35 Pontos Severamente dependentes; <20 Pontos Totalmente dependente.

Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de parcelar de cada actividade.

Neste sentido, Sequeira (2007) procedeu à sua análise, na qual, através da análise factorial, identifica três factores, rotulados por: mobilidade; higiene e controlo dos esfíncteres.

O primeiro factor intitulado por mobilidade, avalia as actividades que necessitam da mobilização/articulação dos membros superiores e/ou inferiores e inclui os itens: alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira. O segundo factor intitulado de higiene inclui os itens: banho e higiene corporal. O terceiro factor intitulado de controlo dos esfíncteres inclui os itens: controlo intestinal e vesical.

4. Procedimentos

4.1. Procedimentos Estatísticos

Após codificação e informatização, executou-se o tratamento estatístico através do programa informático, *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para o *Windows*.

4.2. Procedimento Éticos

Qualquer investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Fortin (1999, p. 116, citado por Santos, 2008) refere que “ (...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações ”.

Após o esclarecimento dos objectivos do estudo, os participantes foram informados da confidencialidade dos dados e do direito à auto-determinação. Foi garantido que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação e foram também assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas. Relativamente às escalas adoptadas, foi necessário um pedido de autorização ao autor da validação das escala para a população portuguesa.

5. Fiabilidade das medidas

Realizámos o estudo da fiabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador (ESC). Procedemos ao cálculo do coeficiente alpha de Cronbach, cujos coeficientes se indicam no Quadro 8, juntamente com as correlações entre cada item da respectiva escala e a globalidade dos restantes itens, assim como o resultado do coeficiente de consistência interna de cada secção excluindo cada um dos itens (i.e. resultado do alpha total sem o item). Incluímos, ainda, a média (M) e o desvio-padrão (DP) de cada item.

O item com uma pontuação média superior prende-se como o 8 – “Considera que o seu familiar está dependente de si?”, com um valor próximo do máximo da escala de medida (5 = quase sempre). Já o item com a média mais baixa é o 4- “Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?”, com uma pontuação média próxima do valor mínimo da escala (1 = nunca).

Na análise da fiabilidade constatamos que o índice total de consistência interna é elevado (superior a .80), nenhum dos itens baixando significativamente o índice de consistência global, pelo que todos os itens são mantidos nas futuras análises. Concluimos que a medida de sobrecarga do cuidador possui boa fiabilidade.

Quadro 8 – Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens da Escala de sobrecarga do cuidador

ESC – itens:	Correlação item-total	α total sem o item	M	DP
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	,284	,884	2,87	1,13
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	,635	,875	3,61	1,02
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	,669	,873	3,63	1,18
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	,319	,882	1,30	0,66
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	,442	,879	2,02	1,13
6. Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	,624	,874	2,41	1,48
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	,354	,883	3,22	1,36
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	,182	,885	4,59	,62
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	,620	,874	2,91	1,41
10. Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	,700	,871	2,96	1,44
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	,649	,873	3,41	1,34
12. Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	,716	,870	2,63	1,47
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	,385	,881	1,52	1,01

Quadro 8 – Correlações item-total e coeficientes de consistência interna α de Cronbach sem os respectivos itens da Escala de sobrecarga do cuidador

ESC – itens:	Correlação item-total	α total sem o item	M	DP
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	,358	,882	4,41	1,15
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	,284	,884	3,24	1,29
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	,655	,873	2,89	1,39
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	,693	,871	2,61	1,37
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	,417	,880	2,07	1,24
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	,322	,883	2,24	1,20
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	,114	,888	1,98	1,09
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	,109	,887	1,65	1,04
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	,684	,872	3,61	1,39
α global = .883				

PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Dedicamos a presente secção à apresentação dos resultados de caracterização dos idosos dependentes e dos cuidadores em função da especificidade das medidas e questões constituintes, bem como à análise de possíveis relações de dependência entre variáveis de idosos e de cuidadores. A sequência de exposição dos resultados por rubricas visa dar resposta aos objectivos da investigação.

6. Dependência dos Idosos

A dependência dos idosos é analisada com o auxílio de um instrumento de diagnóstico: o Índice de Barthel, que avalia as actividades básicas da vida diária. O resultado é obtido através do somatório de todos os itens e devem variar de 0 a 100. Quando menor for a pontuação maior é a dependência. A pontuação do índice de Barthel pode oscilar entre <20 (totalmente dependente), de 20 a 35 (severamente dependente), de 40 a 55 (modernamente dependente), de 60 a 89 (ligeiramente dependente) e de 90 a 100 (independente).

Pode observar-se que 17 (37,0%) dos idosos são totalmente dependentes e 16 (34,8%) são severamente dependentes. É de salientar que 5 (10,9%) apresentam dependência moderada e 6 (13,0%) apresentam-se ligeiramente dependente. Verifica-se que apenas 2 (4,3%) idosos apresentam-se como independentes (cf. Quadro 9 e Figura 1).

Quadro 9 - Níveis de dependência apresentados pela amostra nas actividades básicas da vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Barthel

AVBD	Níveis	n	%
Pontuação Global das (ABVD)	Independente	2	4,3
	Ligeiramente Dependente	6	13,0
	Moderadamente Dependente	5	10,9
	Severamente Dependente	16	34,8
	Totalmente Dependente	17	37,0
<i>Total</i>		46	100,0

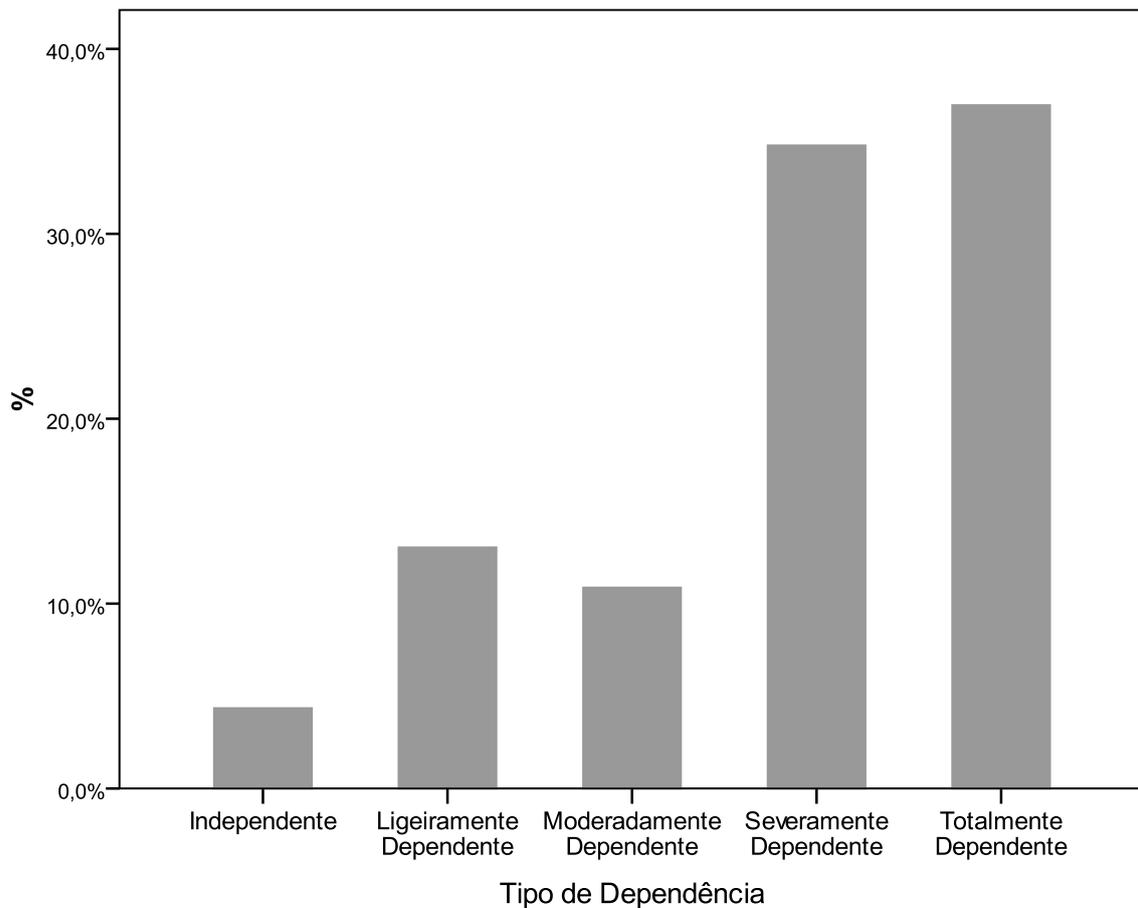


Figura 1 – Percentagem do tipo de dependência do idoso nas atividades básicas da vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Barthel

Relativamente à média global do Índice de Barthel, constatamos que se encontra nos 30,0 pontos (DP = 26,45), estando a mesma compreendida entre 0 e os 95 pontos. De acordo com Índice de Barthel, temos três factores: mobilidade (alimentação, vestir, utilização do WC, subir escadas, deambulação e transferência cama - cadeira), higiene (banho e higiene corporal) e controlo dos esfínteres (controlo intestinal e vesical) do idoso (cf. Quadro 10).

Quadro 10 - Média, desvio padrão, mínimo e máximo da pontuação global, dos factores e de cada item do Índice de Barthel

Índice de Barthel	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Pontuação Global	46	0	95	30,00	26,458
Mobilidade	46	0	65	17,61	19,543
Higiene	46	0	20	2,50	4,802
Controlo dos Esfínteres	46	0	20	9,78	7,885

Alimentação	46	0	10	5,76	3,939
-------------	----	---	----	------	-------

Quadro 10 - Média, desvio padrão, mínimo e máximo da pontuação global, dos factores e de cada item do Índice de Barthel (Continuação)

Índice de Barthel	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Vestir	46	0	10	2,17	2,916
Higiene Corporal	46	0	5	1,30	2,220
Uso da Casa de Banho	46	0	10	2,39	3,454
Controlo Intestinal	46	0	10	5,54	4,246
Controlo Vesical	46	0	10	5,65	4,296
Subir Escadas	46	0	10	1,30	3,061
Transferência Cadeira - Cama	46	0	10	3,04	4,147
Deambulação	46	0	15	4,02	5,833

Conforme podemos verificar no Quadro 10 e na Figura 2, o grau de dependência é maior para o banho, seguindo-se a higiene corporal e o subir escadas, o vestir e o uso do WC, a transferência cadeira - cama, a deambulação, os controlos intestinal e vesicular e, por último, a alimentação.

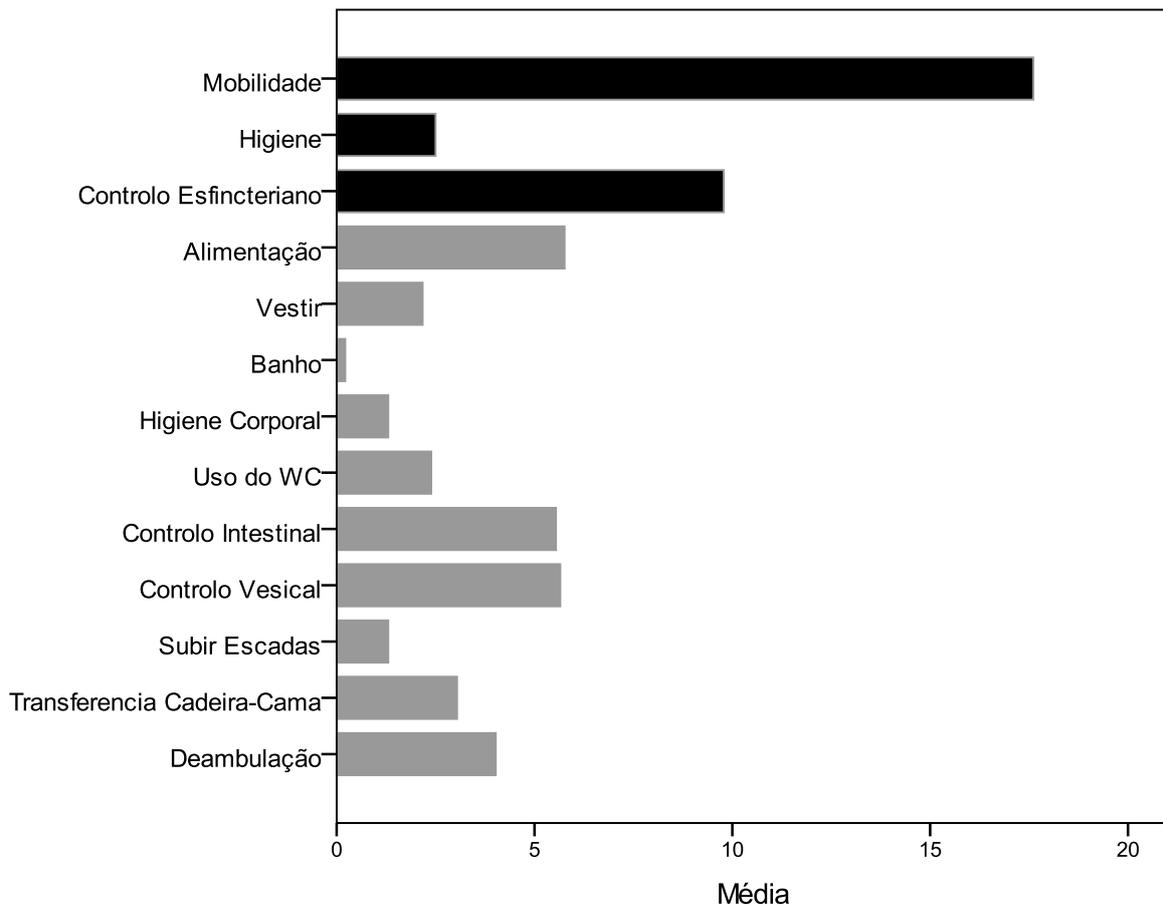


Figura 2 – Média dos factores mobilidade, higiene e controlo esfinteriano e itens constituintes do Índice de Barthel para os idosos inquiridos

7. Características dos Cuidadores Informais

7.1. Contexto de Prestação de Cuidados Informais

Conforme se pode verificar pela análise do Quadro 11, 25 (54,3%) cuidadores vive na mesma habitação que o idoso. No que concerne ao tempo por dia que presta cuidados, cerca de metade 23 (50,0%) dos cuidadores cuida entre 18 a 24 horas, 13 (28,3%) cuidam entre 3 a 6 horas, 5 (10,9%) cuidam entre 6 a 12 horas e outros 5 (10,9%) entre 12 a 18 horas.

Quando se pergunta há quanto tempo cuida do idoso, verifica-se que os cuidadores indicaram valores compreendidos entre 0,17 anos (2 meses) e 30 anos, sendo a média de 5,54 anos (DP= 6,50). Observa-se ainda que 24 (52,2%) indicam tempos de prestação de cuidados que variam entre 1 a 5 anos, 7 (15,2%) referem tempos inferiores a um ano e outros 7 entre 6 a 10 anos. Como se pode constatar, 24 (52,2%) destes cuidadores referem já ter cuidado de outro idoso.

Quadro 11 - Contexto da prestação de cuidados: efectivos absolutos e relativos

Variáveis	Níveis	n	%
Vive na mesma habitação que o idoso	Não	21	45,7
	Sim	25	54,3
	<i>Total</i>		
Tempo por dia presta cuidados	3 a 6 Horas	13	28,3
	6 a 12 Horas	5	10,9
	12 a 18 Horas	5	10,9
	18 a 24 Horas	23	50,0
	<i>Total</i>	46	100,0
Há quanto tempo cuida do idoso (anos)	<1	7	15,2
	[1-5]	24	52,2
	[6-10]	7	15,2
	[11-15]	6	13,0
	[16-20]	---	---
	>20	2	4,3
<i>Total</i>		46	100,0
Já tinha cuidado de algum idoso	Não	22	47,8
	Sim	24	52,2
	<i>Total</i>	46	100,0

Se sim, durante quanto tempo	< 6 meses	2	4,3
	1 a 2 anos	3	6,5

Quadro 11 - *Contexto da prestação de cuidados: efectivos absolutos e relativos (Continuação)*

Variáveis	Níveis	n	%
Se sim, durante quanto tempo	2 a 3 anos	3	6,5
	Mais de 3 anos	16	34,8
	<i>Total</i>	24	52,2

A distribuição do número de cuidadores inquiridos pelo tempo de prestação de cuidados mostrou uma clara influência do facto do cuidador viver na mesma habitação que o idoso a quem presta auxílio: $\chi^2(3) = 24.62, p < .001$. A Figura 3 ilustra claramente que os cuidadores que vivem na mesma habitação que os idosos apresentam um número significativamente superior de horas de prestação de cuidados. Por sua vez, aqueles que cuidam apenas entre 3 a 6 horas diárias não vivem na mesma habitação que o idoso.

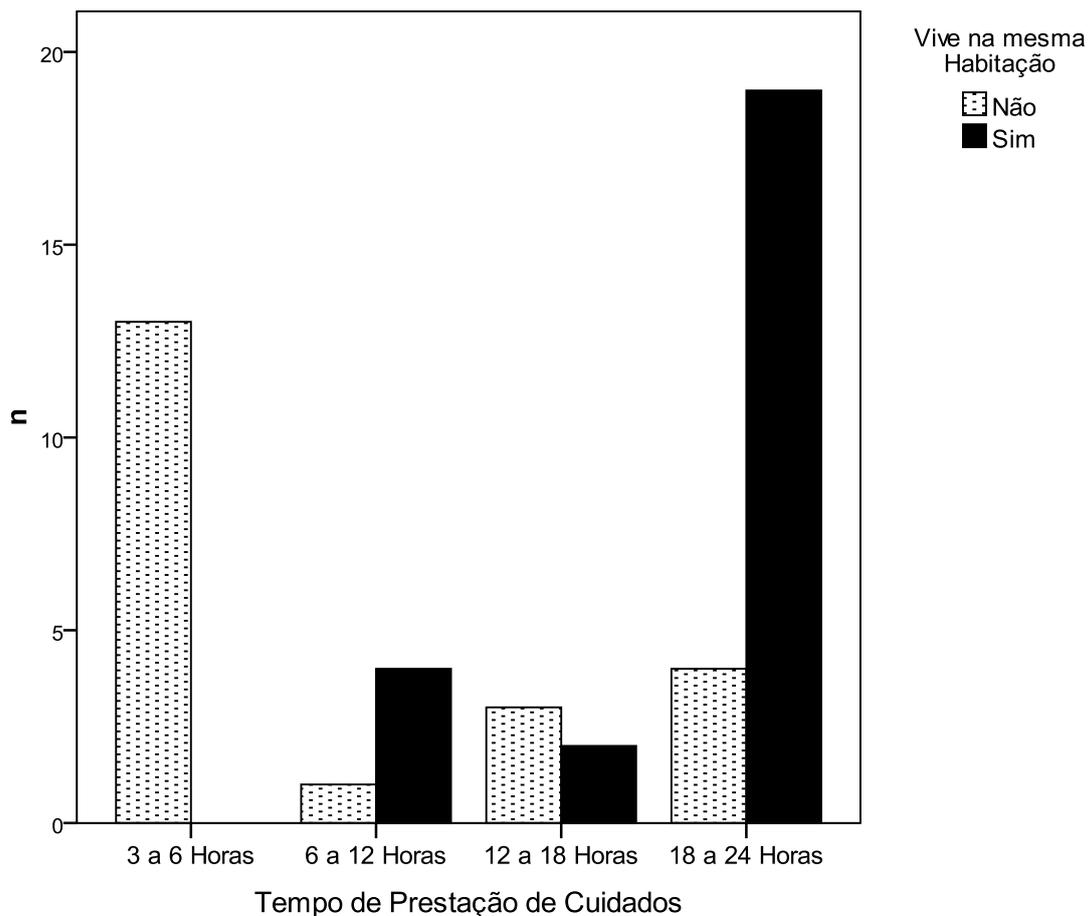


Figura 3 – *Tempo de prestação de cuidados ao idoso em função do cuidador viver ou não na mesma habitação que o idoso: efectivos observados*

7.2. Cuidados Prestados

Observando os dados apresentados pelo Quadro 12, pode-se constatar que a maioria dos cuidadores refere prestar os cuidados listados. A única exceção ocorre ao nível da locomoção e das actividades de lazer.

Quadro 12 - *Tipo de ajuda dos cuidadores efectuada aos idosos: efectivos absolutos e relativos*

Variáveis	Níveis	n	%
Higiene	Não	4	8,7
	Sim	42	91,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Alimentação	Não	4	8,7
	Sim	42	91,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Locomoção	Não	26	56,5
	Sim	20	43,5
	<i>Total</i>	46	100,0
Cuidados de Imagem	Não	18	39,1
	Sim	28	60,9
	<i>Total</i>	46	100,0
Medicação	Não	2	4,3
	Sim	44	95,7
	<i>Total</i>	46	100,0
Actividades Domésticas	Não	18	39,1
	Sim	28	60,9
	<i>Total</i>	46	100,0
Fazer Companhia	Não	4	8,7
	Sim	42	91,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Actividades de Lazer	Não	31	67,4
	Sim	15	32,6
	<i>Total</i>	46	100,0
Pagamento de Contas	Não	9	19,6
	Sim	37	80,4
	<i>Total</i>	46	100,0
Acompanhamento a Consultas/Exames	Não	4	8,7
	Sim	42	91,3
	<i>Total</i>	46	100,0

Os tipos de cuidados mais referidos pelos cuidadores são: medicação (95,7%), higiene, alimentação, fazer companhia e acompanhamento a consulta/exames (91,3%),

respectivamente), pagamento de contas (80,4%), cuidados de imagem e actividades domésticas (60,9%, respectivamente). A Figura 4 representa graficamente as percentagens do tipo de cuidados prestados.

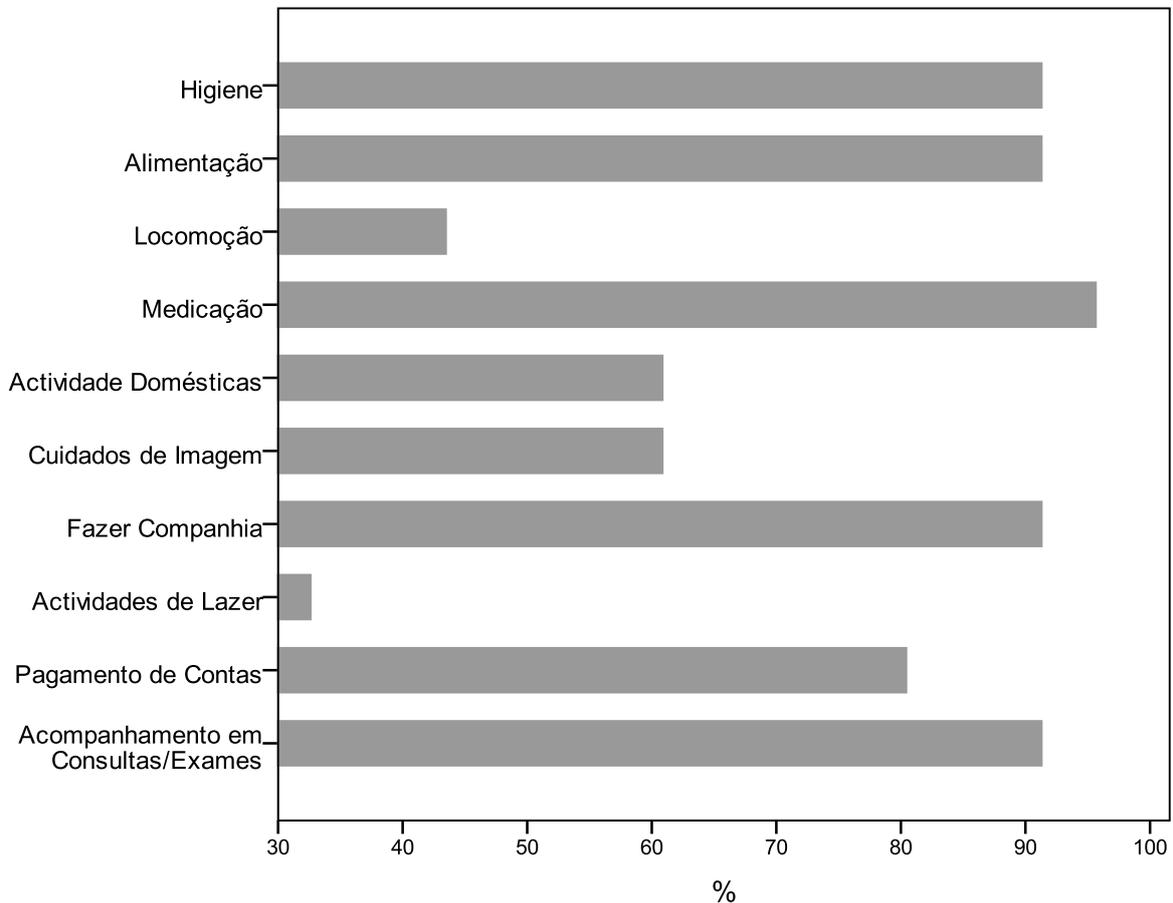


Figura 4 – Percentagens do tipo de cuidados prestados ao idoso

7.3. Apoio formal e Serviços

Perguntávamos aos cuidadores se tinham acesso a serviços domiciliários de IPSS, Misericórdias ou outras instituições de apoio social. Como se pode constatar pelo Quadro 13, 24 (52,2%) cuidadores recebem ajuda de apoio formal. Destes, 21 (45,7%) têm apoio na higiene pessoal, 12 (26,1%) têm apoio na lavagem da roupa e 21 (45,7%) têm apoio no fornecimento de refeições, conforme ilustra a Figura 5. Conforme se pode verificar, o fornecimento de refeições e a higiene pessoal acolhem as maiores percentagens de serviços prestados.

Quadro 13 – Acesso dos cuidadores a resposta formal e tipo de serviço prestado: efectivos absolutos e relativos

Variáveis	Níveis	n	%
Acesso a resposta formal	Não	22	47,8
	Sim	24	52,2
	<i>Total</i>	46	100,0
Se sim, que tipo de serviço prestado			
	Higiene Pessoal		
	Não	3	6,5
	Sim	21	45,7
	<i>Total</i>	24	52,2
Higiene Habitacional	Não	14	30,4
	Sim	10	21,7
	<i>Total</i>	24	52,2
Lavagem de Roupa	Não	12	26,1
	Sim	12	26,1
	<i>Total</i>	24	52,2
Fornecimento de Refeições	Não	3	6,5
	Sim	21	45,7
	<i>Total</i>	24	52,2

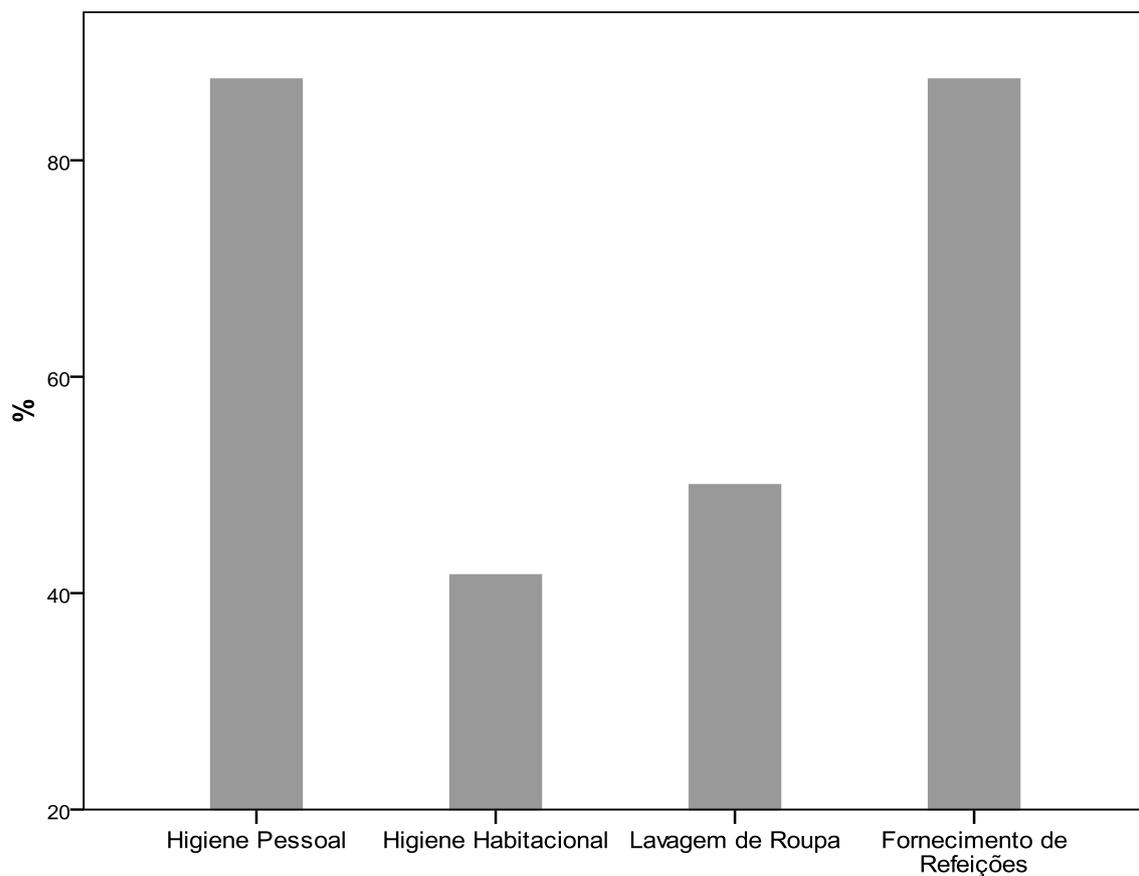


Figura 5 – Percentagens do tipo de serviços domiciliários de IPSS, Misericórdias ou outras instituições de apoio social

7.4. Estado de Saúde do cuidador

Relativamente à percepção do estado de saúde do cuidador, 18 (39,1%) percepciona o seu estado de saúde como bom, 17 (37,0%) como fraco e 9 (19,6%) como muito fraco. Apenas 2 (4,3%) percepcionam o seu estado de saúde como muito bom. A média é de 2.28 (DP = 0.83), situando-se entre o estado fraco e o bom.

Quadro 14 - Autopercepção do estado de saúde do cuidador: efectivos absolutos e relativos

Variáveis	Níveis	n	%
Estado de Saúde	Muito Bom	2	4,3
	Bom	18	39,1
	Fraco	17	37,0
	Muito Fraco	9	19,6
<i>Total</i>		46	100,0
Sofre de alguma doença	Não	21	45,7
	Sim	25	54,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Recorreu ao médico nos últimos 6 meses	Não	15	32,6
	Sim	31	67,4
	<i>Total</i>	46	100,0
Toma medicação tranquilizante ou anti-depressiva	Não	31	67,4
	Sim	15	32,6
	<i>Total</i>	46	100,0
Faltou ao trabalho nos últimos 6 meses	Não	36	78,3
	Sim	10	21,7
	<i>Total</i>	46	100,0

Quando questionados acerca se sofrem de alguma doença, 25 (54,3%) referem situação de doença (cf. Quadro 14). Esta situação afecta a percepção do estado de saúde do cuidador, $t(44) = 2.67, p = .01$ (VI: Sofre de alguma doença; VD: Estado de Saúde), sendo a média dos que respondem afirmativamente (M = 2.00; DP = 0.82) inferior à dos que respondem negativamente (M = 2.62; DP = 0.74). A Figura 6 representa estas diferenças. Salienta-se ainda que 31 (67,4%) dos cuidadores teve de recorrer ao médico nos últimos 6 meses.

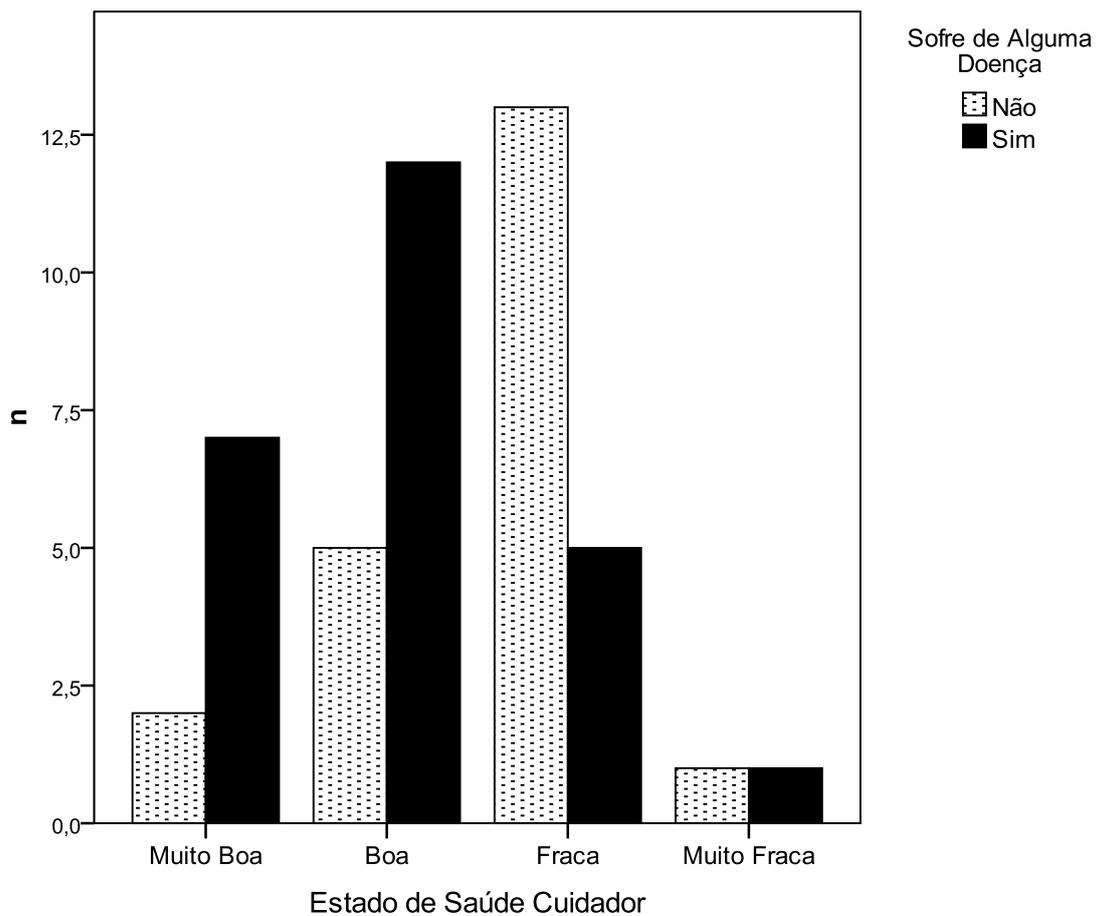


Figura 6 – Estado de saúde do cuidador em função do cuidador sofrer ou não de alguma doença: efectivos observados

Verificou-se que mais de metade dos cuidadores ($n = 31$, 67,4%) não toma medicação tranquilizante ou anti-depressiva e que 36 (78,3%) não necessitaram ainda de faltar ao trabalho (cf. Quadro 14). O facto de o cuidador tomar medicação tranquilizante ou anti-depressiva está associado a um estado de saúde mais fraco: $t(44) = 3.47$, $p = .001$ (VI: Toma ou não medicação tranquilizante ou anti-depressiva; VD: Estado de Saúde). A média dos cuidadores que tomam medicação tranquilizante ou anti-depressiva é de $M = 1.73$ ($DP = 0.70$), ao passo que a média dos que não tomam é de $M = 2.55$; $DP = 0.77$).

7.5. Motivos, aspectos positivos e negativos de ser cuidador

Quando questionados acerca do motivo de serem e manterem-se cuidadores do idoso, 44 (95,7%) referem sentimento de obrigação pessoal/familiar, 15 (32,6%) querem evitar a institucionalização do idoso e 2 (4,3) referem a inexistência de respostas institucionais (cf. Quadro 15).

Quadro 15 - *Motivos de ser e manter-se cuidador do idoso: efectivos absolutos e relativos*

Variáveis	Níveis	n	%
Inexistência de respostas institucionais	Não	44	95,7
	Sim	2	4,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Evitar a institucionalização do idoso	Não	31	67,4
	Sim	15	32,6
	<i>Total</i>	46	100,0
Sentimentos obrigação familiar/pessoal	Não	2	4,3
	Sim	44	95,7
	<i>Total</i>	46	100,0

A Figura 7 representa graficamente estes motivos. Conforme pode verificar-se, o principal motivo é o sentimento de obrigação familiar e pessoal de se manter cuidador do idoso, diferenciando-se significativamente dos demais motivos: $\chi^2 (2) = 45.48, p < .001$.

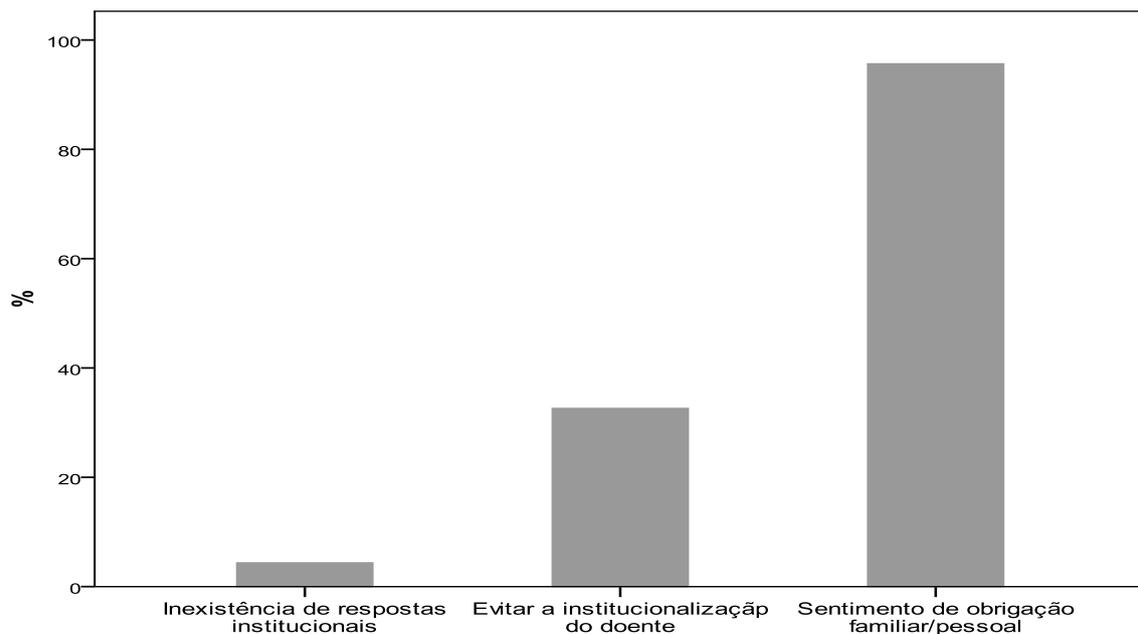


Figura 7 - Percentagens dos motivos de ser e manter-se cuidador do idoso

Relativamente aos aspectos positivos que o cuidador tem ao cuidar do idoso, 33 (71,7%) referem afecto positivo ao cuidar, 9 (19,6%) sentem obrigação de cuidar e apenas 2 (4,3%) ajudam o idoso nas AVD's. Quanto aos aspectos negativos, 27 cuidadores (58,7%) referem a sobrecarga física/psicológica, 13 (28,3%) a mudança pessoal/familiar e 6 (13,0%) não respondem à questão (cf. Quadro 16).

Quadro 16 - Aspectos positivos e negativos de cuidar do idoso: efectivos absolutos e relativos

Variáveis	Níveis	n	%
Aspectos Positivos	Afecto positivo ao cuidar	33	71,7
	Ajudar o idoso nas AVD's	2	4,3
	Sentir obrigação de cuidar	9	19,6
	Não responderam	2	4,3
	<i>Total</i>	46	100,0
Aspectos Negativos	Sobrecarga física/psicológica	27	58,7
	Mudança na vida pessoal/familiar	13	28,3
	Não Responderam	6	13,0
	<i>Total</i>	46	100,0

A observação da Figura 8 indica-nos que o aspecto positivo mais relevante é o afecto positivo ao cuidar do idoso. Porém, o aspecto negativo que mais se evidencia é a sobrecarga física/psicológica ao cuidar do idoso, mesmo para os cuidadores que referem o afecto positivo como o aspecto positivo mais relevante.

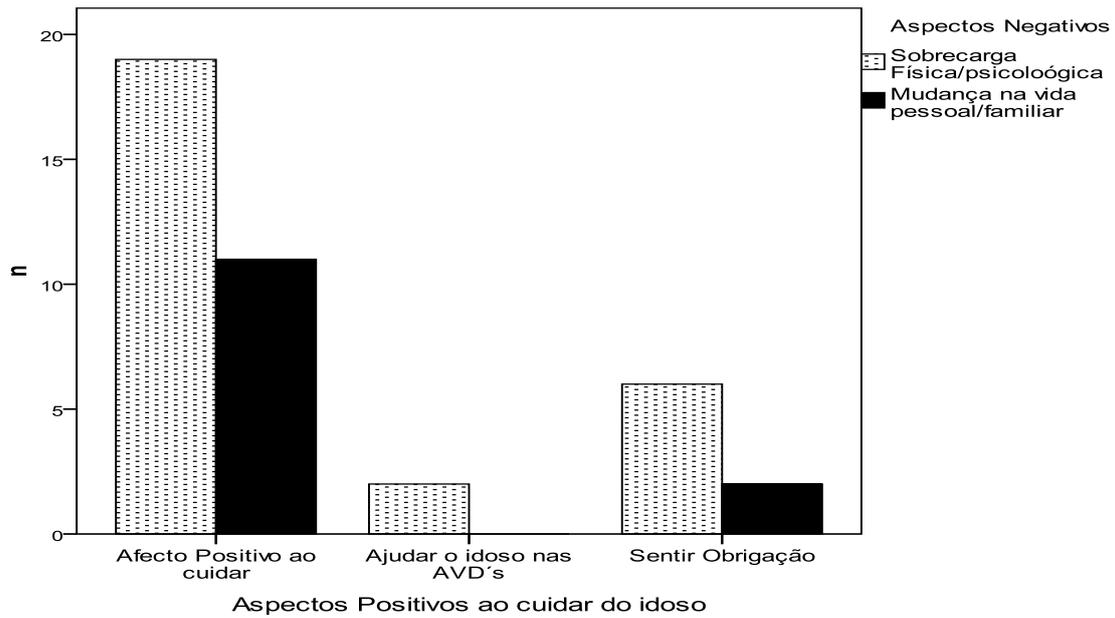


Figura 8 – Aspectos positivos ao cuidar do idoso em função dos aspectos negativos: efectivos observados

7.6. Sobrecarga do Cuidador

Ao nível da avaliação do total da escala de sobrecarga do cuidador (Escala ESC), o resultado é obtido através do somatório de todos os itens, que deve variar entre 22 e 110. Quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. A pontuação da sobrecarga < 46 indica sem sobrecarga, entre 46 e 56 mostra uma sobrecarga ligeira e > 56 aponta para uma sobrecarga intensa.

Observados os dados apresentados no Quadro 17, constatamos que 26 (56,5%) dos cuidadores apresentam uma sobrecarga intensa, 13 (28,3%) uma sobrecarga ligeira e apenas 7 (15,2%) indicam estar sem sobrecarga.

Quadro 17 - Níveis de sobrecarga dos cuidadores: efectivos absolutos e relativos

Variáveis (Escala ESC)	Níveis	n	%
Níveis de Sobrecarga (Pontuação Global)	Sem sobrecarga	7	15,2
	Sobrecarga Ligeira	13	28,3
	Sobrecarga Intensa	26	56,5
<i>Total</i>		46	100,0

De acordo com a escala da sobrecarga do cuidador, existem quatro factores: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção da auto-eficácia. A média mais elevada refere-se as Expectativas face ao cuidar, seguindo-se o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal e, por último, a percepção da auto-eficácia (cf. Quadro 18 e Figura 9).

Quadro 18 - Média, desvio padrão, mínimo e máximo da pontuação global e dos factores da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

<i>Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)</i>	N	Mínimo	Máximo	M	DP
<i>Total da Sobrecarga do Cuidador</i>	46	1,51	3,98	2,68	0,55
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	46	1,14	4,22	2,52	0,74
Impacto da prestação de cuidados	46	0,64	4,64	2,92	0,93
Relação Interpessoal	46	1,00	3,80	2,13	0,72
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	46	1,38	4,25	2,85	0,59
Expectativas face ao cuidar	46	1,75	5,00	3,87	0,75
Percepção da auto-eficácia	46	1,00	5,00	1,82	0,98

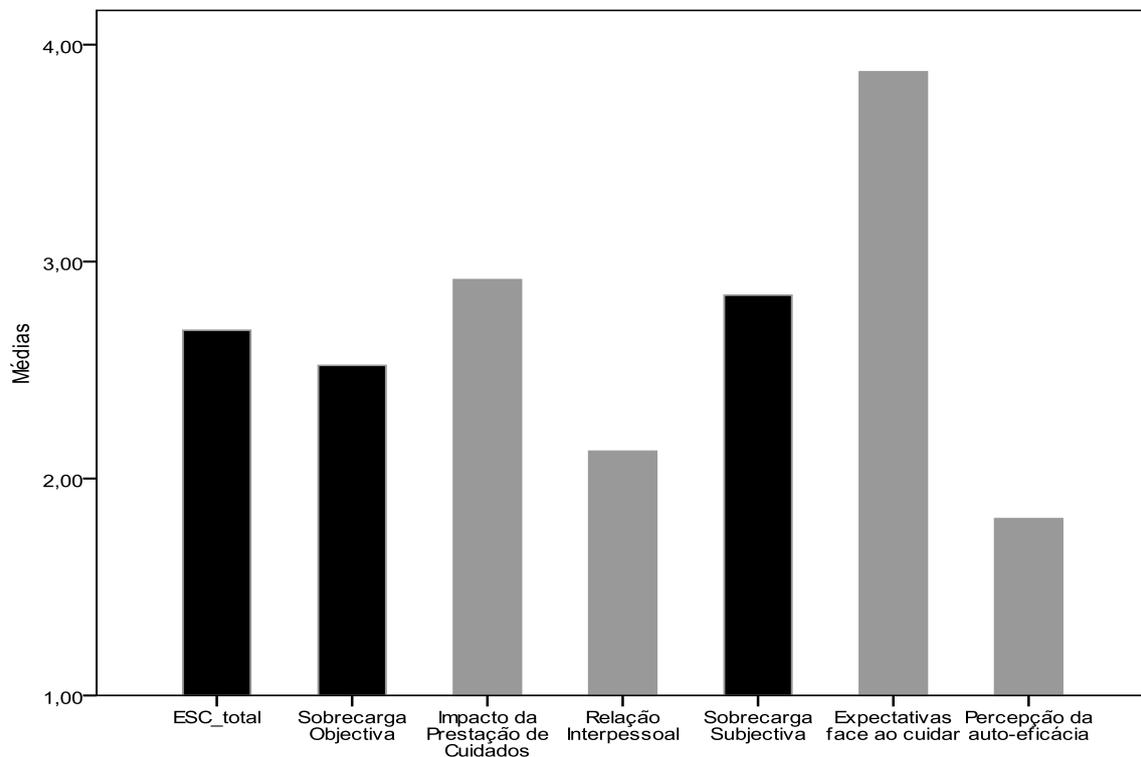


Figura 9 – Médias da Escala de sobrecarga do cuidador (global) e factores constituintes

7.7. Formas do cuidador enfrentar dificuldades

Ao nível da avaliação do total das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (escala CAMI), o resultado é obtido através do somatório de todos os itens e deve variar de 38 e 152, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior utilização/percepção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, com os seguintes pontos de corte: < 76 - Não utiliza estratégias de *coping* ou as estratégias utilizadas não são eficazes, de 76 a 114 - percepção de alguma eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas e >114 - percepção de elevada eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas.

No Quadro 19 apresentamos os efectivos absolutos e relativos das formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades. Conforme pode verificar-se, a maior parte dos cuidadores tem a percepção de alguma eficácia das estratégias utilizadas.

Quadro 19 – *Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades: efectivos absolutos e relativos*

Escala CAMI	Níveis	n	%
Percepção de eficácia das formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades	Não utiliza estratégias de <i>coping</i>	0	---
	Percepção de alguma eficácia	38	82,6
	Percepção de elevada eficácia	8	17,4
<i>Total</i>		46	100,0

No Quadro 20 indicam-se as médias, desvio-padrão, mínimo e máximo do índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades a escala CAMI. Na Figura 10 representam-se graficamente as pontuações médias. A média inferior do cuidador enfrentar as dificuldades prende-se com o lidar com os sintomas de stresse.

Quadro 20 - *Média, desvio padrão, mínimo e máximo do índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades (CAMI)*

Escala CAMI	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Pontuação Global (soma)	46	76	130	100,98	15,01
Lidar com os acontecimentos/resolução dos problemas	46	31	52	40,78	5,95
Percepções alternativas sobre a situação	46	30	55	41,91	6,66
Lidar com sintomas de stresse	46	11	40	18,70	5,88

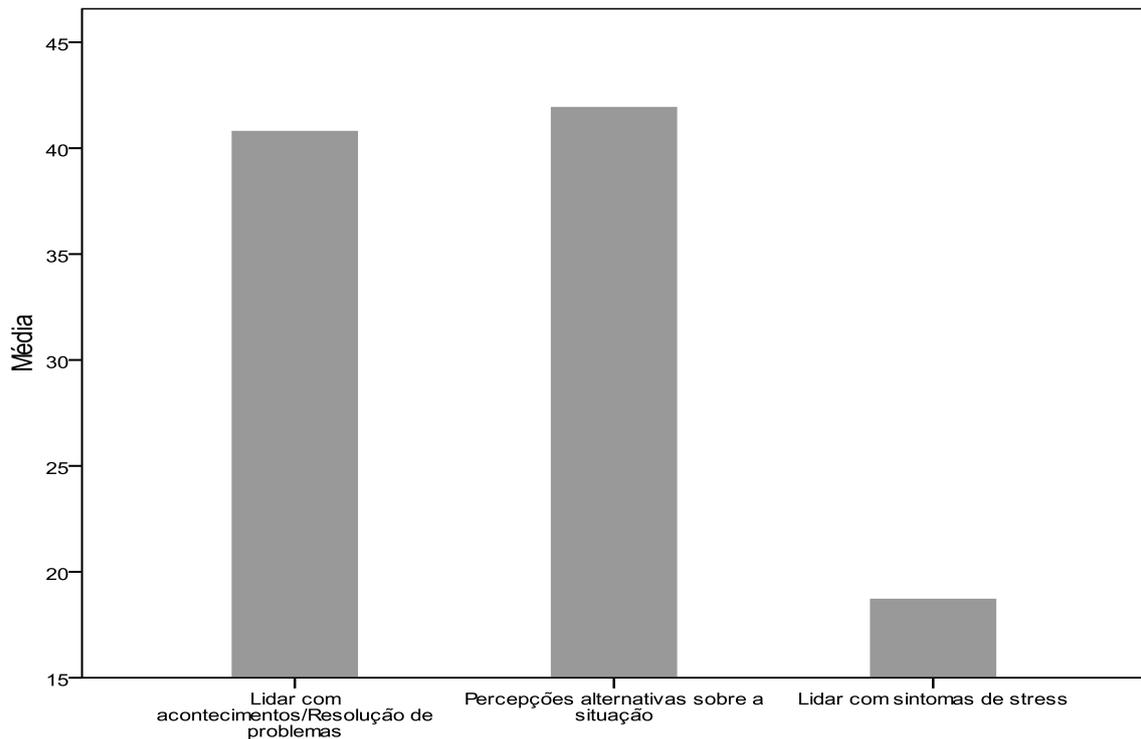


Figura 10 – Média das diversas formas do cuidador enfrentar as dificuldades

8. Idoso e sobrecarga do cuidador informal: que relações?

8.1. Idade do idoso e sobrecarga do cuidador

Pretendemos avaliar as possíveis relações entre a sobrecarga do cuidador e as características do idoso. No Quadro 21 apresentamos o resultado dos coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso e os níveis da escala de sobrecarga do cuidador. Conforme pode verificar-se, nenhum dos coeficientes de correlação é estatisticamente significativo ($p \leq .05$), pelo que concluímos que a idade do idoso não afecta a percepção de sobrecarga do cuidador. Porém, a relação da idade do idoso com a Sobrecarga Subjectiva ($r = -.26$) tem um nível de significação de .09, o que nos indica que quanto mais idade tem o idoso menor é a percepção de sobrecarga subjectiva do cuidador.

Quadro 21 – Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso e os níveis de sobrecarga do cuidador

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	r idade do idoso	p (sig.)
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	-.05	.75
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	.01	.93
Impacto da prestação de cuidados	.03	.85
Relação Interpessoal	-.04	.81
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	-.26	.09
Expectativas face ao cuidar	-.17	.26
Percepção da auto-eficácia	-.19	.21

8.2. Dependência do idoso e sobrecarga do cuidador

Pretendemos, agora, averiguar em que medida o nível de dependência do idoso se relaciona com a percepção sobrecarga do cuidador. No Quadro 22 apresentamos a distribuição dos efectivos em cada nível da escala de sobrecarga do cuidador pelos diversos graus de dependência do idoso nas actividades básicas da vida diária, de acordo com o Índice de Barthel.

Quadro 22 - Distribuição dos efectivos em cada nível da escala de sobrecarga do cuidador pelos diversos graus de dependência do idoso de acordo com o Índice de Barthel

Níveis da Escala de Sobrecarga	Índice de Barthel (ABVD)										Total	
	Independente		Ligeiramente Dependente		Moderadamente Dependente		Severamente Dependente		Totalmente Dependente			
	90-100 pontos		60-89 pontos		40-55 pontos		20-35 pontos		< 20 pontos		n	%
Sem Sobrecarga	1	2.2	0	0.0	2	4.3	1	2.2	9	6.5	7	15.2
Sobrecarga Ligeira	0	0.0	2	4.3	2	4.3	4	8.7	5	10.9	13	28.3
Sobrecarga Intensa	1	2.2	4	8.7	1	2.2	44	23.9	9	19.6	26	56.5
<i>Total</i>	2	4.3	6	13.0	5	10.9	16	34.8	17	37.0	46	100.0

O teste do Qui-quadrado aponta para um independência das variáveis, mostrando que o grau de dependência do idoso não afecta significativamente a percepção de sobrecarga do

cuidador $\chi^2 (8) = 8.13, p = .42$. Porém, quando representamos graficamente a distribuição dos efectivos da sobrecarga pelos graus de dependência verificamos uma superioridade dos idosos severamente ou totalmente dependentes na percepção de sobrecarga intensa do cuidador.

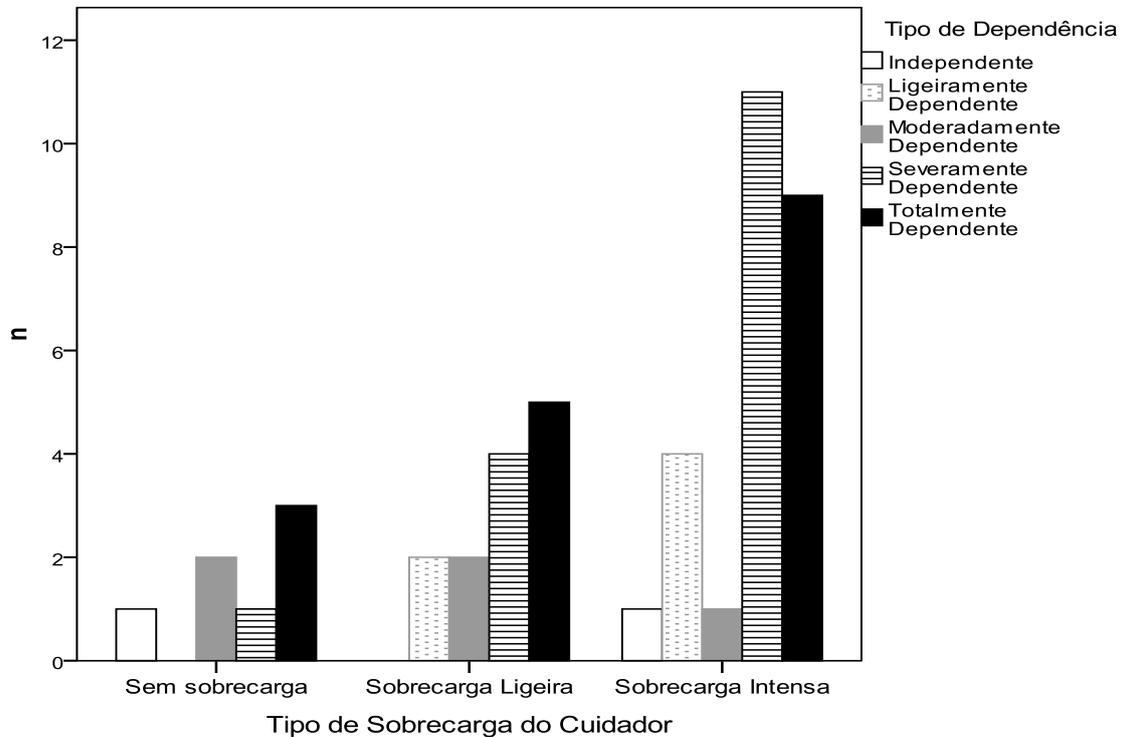


Figura 11 – Níveis de sobrecarga do cuidador em função do grau de dependência do idoso: efectivos observados

Invertendo a escala de medida para o índice de Barthel (ou seja, considerando que um máximo da escala corresponde a um grau extremo de dependência do idoso), procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson entre a percepção de sobrecarga do cuidador e as pontuações de dependência do idoso nas actividades básicas da vida diária (cf. Quadro 23). Conforme pode verificar-se, embora todos os coeficientes sejam positivos, a relação é estatisticamente significativa apenas para as Expectativas face ao cuidar ($r = .32$) da subescala Sobrecarga Subjectiva. Concluimos que a dependência do idoso se faz sentir apenas na sobrecarga subjectiva, designadamente ao nível das Expectativas face ao cuidar, mais elevadas quando os idosos são mais dependentes.

Quadro 23 – Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre os níveis de sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso nas actividades básicas da vida diária (índice de barthel)

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Índice de Barthel	p (sig.)
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	.12	.43
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	.08	.59
Impacto da prestação de cuidados	.09	.54
Relação Interpessoal	.02	.88
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	.20	.19
Expectativas face ao cuidar	.32	.03
Percepção da auto-eficácia	.14	.37

8.3. Influência das variáveis sócio-demográficas na sobrecarga do cuidador

Concluimos a apresentação dos resultados com a análise da influência de um conjunto de variáveis sócio-demográficas do cuidador na autopercepção da sobrecarga deste. No Anexo D indicamos a distribuição dos efectivos das variáveis sócio-demográficas que a seguir se analisa, em função dos níveis de sobrecarga na prestação de cuidados ao idoso.

8.3.1. Género

Submetemos a variável género dos cuidadores a um t de Student para amostras independentes. Conforme ilustra o Quadro 24, o género dos cuidadores não possui influência ao nível da percepção de sobrecarga dos mesmos, tanto objectiva quanto subjectiva. Porém, se atendermos ao nível de significação $p = .11$ (uma vez que temos apenas 6 homens cuidadores), constatamos que ao nível da percepção de auto-eficácia os homens apresentam uma pontuação superior relativamente às mulheres, conforme é visível na Figura 12.

Quadro 24 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do género dos cuidadores: Testes *t* de Student para amostras independentes

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Género				t (44)t	p (sig.)
	Masculino (n = 6)		Feminino (n = 40)			
	M	DP	M	DP		
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	2,91	0,61	2,65	0,54	1.10	.27
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	2,63	0,58	2,50	0,76	0.39	.49
Impacto da prestação de cuidados	3,00	0,71	2,90	0,96	0.23	.82
Relação Interpessoal	2,27	0,62	2,10	0,74	0.51	.62
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	3,19	0,68	2,79	0,56	1.19	.24
Expectativas face ao cuidar	3,96	0,77	3,86	0,76	0.29	.77
Percepção de auto-eficácia	2,42	1,39	1,73	0,89	1.64	.11

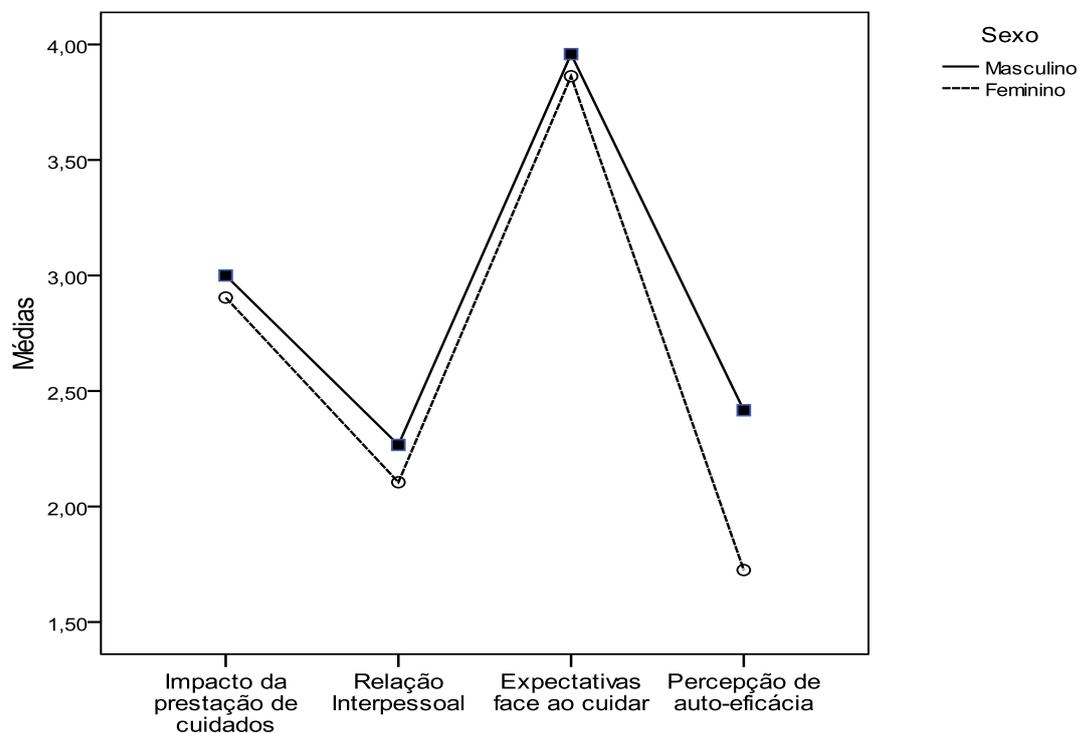


Figura 12 – Médias da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do género dos cuidadores

8.3.2. Idade

Analizamos agora a existência de uma relação entre a idade e a autopercepção de sobrecarga do cuidador (cf. coeficientes de correlação de Pearson no Quadro 25). A inspeção dos coeficientes de correlação e níveis de significação associados indica a inexistência de qualquer relação significativa, pelo que concluímos que a idade do cuidador não influencia a autopercepção de sobrecarga deste na prestação de cuidados ao idoso).

Quadro 25 – Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a idade do cuidador e a Escala de Sobrecarga do cuidador

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	r idade do cuidador	p (sig.)
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	-.05	.74
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	-.03	.87
Impacto da prestação de cuidados	-.02	.88
<i>Relação Interpessoal</i>	-.02	.89
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	-.12	.44
Expectativas face ao cuidar	-.07	.63
Percepção da auto-eficácia	-.10	.53

8.3.3. Estado civil

O estudo da influência do estado civil fez-se mediante os Testes t de Student para amostras independentes. Dado que apenas possuímos dois cuidadores divorciados e três viúvos, decidimos agrupá-los num só nível e proceder à comparação com o estado civil casado ao nível dos resultados na Escala de Sobrecarga do cuidador (cf. Quadro 26). Constatamos que nenhum resultado é estatisticamente significativo e que o estado civil não influencia a autopercepção de sobrecarga do cuidador.

Quadro 26 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores: Testes t de Student para amostras independentes

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Estado civil					
	Casado (n = 41)		Divorciado e Viúvo (n = 5)		t (44)t	p (sig.)
	M	DP	M	DP		
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	2,70	0,48	2,55	0,99	0,58	.56
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	2,54	0,69	2,35	1,13	0,55	.58
Impacto da prestação de cuidados	2,95	0,90	2,65	1,22	0,67	.51
<i>Relação Interpessoal</i>	2,14	0,68	2,04	1,11	0,28	.78
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	2,86	0,54	2,75	0,95	0,78	.44
Expectativas face ao cuidar	3,92	0,70	3,50	1,08	1,19	.24
Percepção da auto-eficácia	1,79	0,96	2,00	1,27	-0,44	.66

8.3.4. Situação profissional

A análise da influência da situação profissional requereu o reagrupamento em três níveis: 1 = Trabalhador (conta de outrem/conta própria), 2 = Reformado/Pensionista ou Desempregado e 3 = Doméstica. Seguidamente, realizou-se uma Análise da Variância (ANOVA), cujos resultados se indicam no Quadro 27.

Quadro 27 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores: ANOVA

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Situação profissional						F (2, 43)t	p (sig.)
	Trabalhador (conta de outrem/conta própria) (n = 17)		Reformado/Pensionista ou Desempregado (n = 17)		Doméstica (n = 12)			
	M	DP	M	DP	M	DP		

Quadro 27 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores: ANOVA (Continuação)

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Situação profissional						F (2, 43)t	p (sig.)
	Trabalhador (conta de outrem/conta própria) (n = 17)		Reformado/ Pensionista ou Desempregado (n = 17)		Doméstica (n = 12)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	2,86	0,52	2,64	0,62	2,50	0,41	1.63	.21
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	2,70	0,76	2,47	0,81	2,34	0,60	0.91	.41
<i>Impacto da prestação de cuidados</i>	3,16	0,90	2,90	0,96	2,60	0,89	1.32	.28
<i>Relação Interpessoal</i>	2,25	0,74	2,04	0,79	2,08	0,64	0.38	.69
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	3,01	0,46	2,82	0,74	2,66	0,47	0.46	.63
<i>Expectativas face ao cuidar</i>	3,87	0,55	3,78	0,91	4,02	0,79	0.36	.70
<i>Percepção de auto-eficácia</i>	2,15	0,96	1,85	1,13	1,29	0,50	2.93	.06

O resultado dos testes da ANOVA apenas mostra como significativo ao nível $p = .06$ a influência da Percepção da auto-eficácia do cuidador. Olhando para as pontuações médias e realizando o teste de comparação múltipla de Fisher LSD, verificamos que a diferença se situa entre os trabalhadores por conta de outrem/ ou conta própria e as domésticas, tendo os primeiros uma maior percepção auto-eficácia dos serviços prestados: diferença entre as médias de 1.71, $p = .02$. como obtivemos um resultado significativo, representamos graficamente esta diferença na Figura 13.

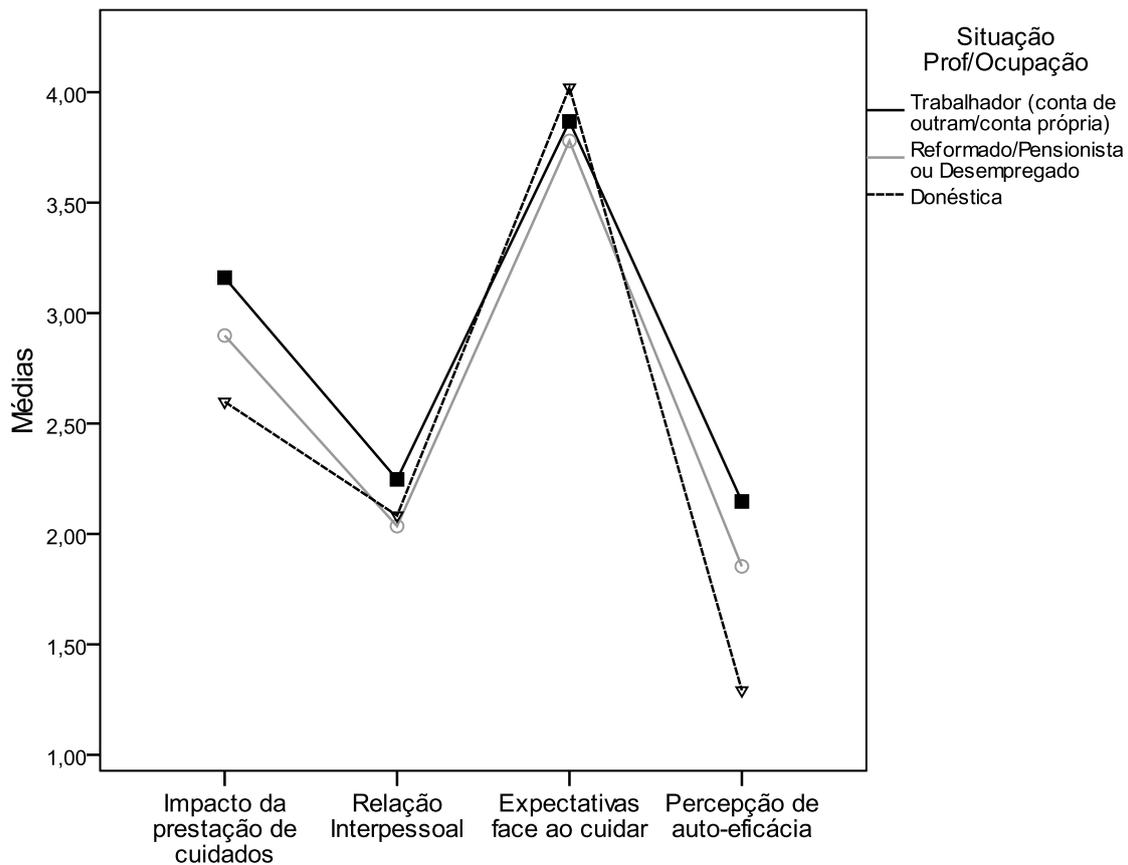


Figura 13 – Médias da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do estado civil dos cuidadores

8.3.5. Tempo de prestação de serviços

A questão que se segue debruça-se sobre a possível relação entre o tempo diário de prestação de serviços (3 a 5 horas, 6 a 11, 12 a 17 e 18 a 24) e a autopercepção de sobrecarga do cuidador. Os resultados da realização dos coeficientes de correlação de Pearson indica-se no Quadro 20). Conforme se pode verificar, não existe qualquer relação estatisticamente significativa. O tempo de prestação de serviços não se mostra determinante na autopercepção de sobrecarga do cuidador.

Perguntávamos ao cuidador há quanto tempo cuidava do idoso. O Quadro 28 apresenta também os coeficientes de correlação de Pearson entre esta variável medida em anos e a autopercepção de sobrecarga do cuidador. À semelhança da questão anterior, os anos de

prestação de serviço ao idoso não se mostram influentes na percepção de sobrecarga do cuidador

Quadro 28 – Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre o tempo de prestação de serviços e a Escala de Sobrecarga do cuidador

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	r tempo diário de prestação de serviços	p (sig.)	r anos de prestação de serviços	p (sig.)
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	.08	.59	-.12	.44
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	.07	.63	-.06	.69
Impacto da prestação de cuidados	.04	.79	.01	.97
<i>Relação Interpessoal</i>	.10	.51	-.13	.38
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	.06	.69	-.14	.35
Expectativas face ao cuidar	.10	.53	.01	.95
Percepção da auto-eficácia	.00	.99	-.18	.24

8.3.6. Acesso a apoio formal

Analizamos em que medida o acesso do cuidador a apoio formal influencia a percepção de sobrecarga do mesmo. A variável acesso a apoio formal foi submetida a um t de Student para amostras independentes (cf. Quadro 29). Conforme podemos concluir da inspecção do Quadro, os cuidadores que têm acesso a apoio formal não se diferenciam em termos de percepção de sobrecarga dos que não possuem acesso ao referido apoio.

Quadro 29 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do acesso do cuidador a apoio formal: Testes t de Student para amostras independentes

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Acesso do cuidador a apoio formal				t	p (sig.)
	Não (n = 22)		Sim (n = 24)			
	M	DP	M	DP		
				(44)t		

Quadro 29 – Pontuações médias e desvios-padrão da Escala de Sobrecarga do cuidador em função do acesso do cuidador a apoio formal: Testes *t* de Student para amostras independentes (Continuação)

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	Acesso do cuidador a apoio formal				t (44)t	p (sig.)
	Não (n = 22)		Sim (n = 24)			
	M	DP	M	DP		
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	2,63	0,51	2,73	0,58	-.66	.51
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	2,43	0,71	2,61	0,77	-.84	.40
Impacto da prestação de cuidados	2,81	0,85	3,01	1,00	-.72	.48
<i>Relação Interpessoal</i>	2,04	0,68	2,21	0,76	-.80	.43
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	2,83	0,60	2,86	0,59	-.17	.87
Expectativas face ao cuidar	3,86	0,76	3,89	0,75	-.10	.93
Percepção de auto-eficácia	1,80	1,07	1,83	0,92	-.13	.89

8.3.7. Estado de saúde do cuidador

Será que o estado de saúde do cuidador apresenta alguma relação com a autopercepção de sobrecarga do mesmo? O cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson permite-nos responder a esta questão (cf. Quadro 30).

Se atendermos a um nível de significação de $p < .10$, encontramos três relações estatisticamente significativas entre o estado de saúde do cuidador (1 = muito fraco a 4 = muito bom) e: 1) a globalidade da escala de Sobrecarga do Cuidador, 2) a Sobrecarga Objectiva do cuidador e, sobretudo 3) o Impacto no cuidador da prestação de cuidados.

Verificamos, assim, que o estado de saúde do cuidador possui uma influência considerável na percepção que este tem da sobrecarga ao cuidar do idoso. Se olharmos para os coeficientes de correlação, constatamos que a relação é negativa, indicando que quanto melhor for o estado de saúde menor é a sobrecarga autopercebida do cuidador. Esta relação é particularmente evidente em relação à sobrecarga objectiva, designadamente no referente ao impacto da prestação de cuidados, menor quando o cuidador apresenta um estado de saúde mais favorável.

Quadro 30 – Coeficientes de correlação de Pearson (*r*) entre o estado de saúde do cuidador e a Escala de Sobrecarga do cuidador

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	r estado de saúde do cuidador	<i>p</i> (sig.)
Sobrecarga do Cuidador (escala global)	-.24	.10
Sobrecarga Objectiva	-.27	.06
Impacto da prestação de cuidados	-.32	.03
<i>Relação Interpessoal</i>	-.15	.32
Sobrecarga Subjectiva	-.11	.48
Expectativas face ao cuidar	-.22	.15
Percepção da auto-eficácia	.04	.80

8.3.8. Estratégias de enfrentar dificuldades

Conforme foi referido, a escala CAMI apresenta as principais estratégias que o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso. No Quadro 31 apresentamos os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson entre a *Escala de Sobrecarga do cuidador* e a Escala CAMI global e três factores constituintes: 1) LA: Lidar com acontecimentos/Resolução de problemas, 2) PS: Percepções alternativas sobre a situação e 3) LS: Lidar com sintomas de stresse.

Atendendo ao nível de significação de $p < .10$, encontramos quatro relações significativas entre as estratégias utilizadas pelo cuidador para superar as suas dificuldades e a autopercepção de sobrecarga:

- a pontuação global da escala CAMI associa-se negativamente com a subescala *Relação Interpessoal* (Sobrecarga Objectiva), indicando que quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso.

- as estratégias referentes ao Lidar com acontecimentos/Resolução de problemas associam-se de forma positiva com as Expectativas face ao cuidar, indicando que quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso.

- as estratégias Percepções alternativas sobre a situação associam-se de forma negativa com o nível de Sobrecarga objectiva, designadamente com a *Relação interpessoal*. Percepções alternativas mais elevadas sobre a situação conduzem assim a uma menor

sobrecarga objectiva do cuidador no que se prende com a relação interpessoal estabelecida com o idoso.

Quadro 31 – Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre as Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (escala CAMI) e a Escala de Sobrecarga do cuidador

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC)	CAMI total		Lidar com acontecimentos/ Resolução de problemas		Percepções alternativas sobre a situação		Lidar com sintomas de stresse	
	r	p (sig)	r	p (sig)	r	p (sig)	r	p (sig)
<i>Sobrecarga do Cuidador (escala global)</i>	-.10	.53	.07	.66	-.21	.16	-.09	.58
<i>Sobrecarga Objectiva</i>	-.19	.20	-.04	.82	-.31	.04	-.07	.64
Impacto da prestação de cuidados	-.09	.54	.02	.88	-.21	.16	-.01	.97
<i>Relação Interpessoal</i>	-.28	.06	-.10	.51	-.37	.02	-.14	.37
<i>Sobrecarga Subjectiva</i>	.07	.66	.17	.27	-.01	.97	-.07	.64
Expectativas face ao cuidar	.14	.36	.25	.09	.04	.82	.02	.87
Percepção da auto-eficácia	-.03	.86	.01	.96	-.03	.83	-.10	.50

PARTE IV – DISCUSSÃO

Nesta parte pretende-se fazer a interpretação dos resultados, tendo por base a literatura usada para a realização da fundamentação teórica.

No que respeita ao perfil sócio - demográfico dos cuidadores informais os resultados vão ao encontro da literatura relativamente às variáveis género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias e situação profissional (Gaugler et al., 2003; Santos, 2004; Martin, 2005; Pavarini & Neri, 2005; Santos, 2005; Silveira et al., 2006; Santos, 2006; Ocampo e tal., 2007; Pereira, 2007; Carretero et al., 2008; Santos, 2008; Barbosa, 2009; Lavoz et al., 2009; Ricardete, 2009; Rolo, 2009).

Os dados mais consensuais sugerem que o cuidar se faz no feminino, à semelhança do verificado neste estudo (87%). O facto da maioria dos cuidadores da amostra serem do género feminino, mostra que a sociedade, através da sua cultura, imputa o papel de cuidar à mulher, seja ela cónjuge, filha, nora ou neta do idoso, fruto de construções históricas e sociais. Como sustenta Adão (2002), cabem à mulher, quase em exclusivo, quer as tarefas domésticas, quer os cuidados com as crianças e com as pessoas idosas. Neste sentido, apesar da forte entrada de mulheres no mercado de trabalho, estas continuam a acumular esforços, dado que têm de garantir, simultaneamente, a realização dos afazeres domésticos, nos quais o cónjuge não colabora o suficiente.

A média de idades situa-se nos 58,41 anos, sendo que 76% da amostra estão entre 40-70 anos, dados semelhantes aos encontrados por Ricardete (2009; Santos, 2005; Marques 2007). De realçar que 9 (19,6%) dos cuidadores têm idades superiores a 70 anos, podendo já apresentar algumas limitações funcionais e sensoriais motivadas pelo próprio processo de envelhecimento: diminuição da força física, problemas osteo-articulares, entre outros. Estas alterações poderão representar maiores dificuldades na prática dos cuidados, na medida em que a diminuição da capacidade física, parece estar relacionada com a depressão dos cuidadores informais, como sugere o estudo realizado por Grant et al. (2000).

Relativamente ao nível profissional, 15 (32,6%) são reformados, com uma ocupação a tempo inteiro/conta própria apresentam-se 15 (32,6%), sendo que as domésticas representam 12 (26,1%) dos cuidadores. Estes resultados vão ao encontro do que Adão (2002) quando para além de cuidarem de um idoso têm em simultâneo uma profissão, família e tarefas domésticos o que permite concluir um aumento da sobrecarga destes mesmos cuidadores.

Quanto à distribuição dos cuidadores informais de acordo com a relação de parentesco com o idoso dependente, 21 (45,7%) filhos/as, seguindo-se os cônjuges e por último outros graus de parentesco (genro/nora, cunhada, sobrinha, neto/a e enteada), estes resultados também encontrados por Ubierno et al., (2005; Salgueiro, 2006; Rolo, 2009). Tradicionalmente, a literatura tem revelado que os cuidadores informais tende a ser primeiro os cônjuges, depois os filhos e assim sucessivamente (outros familiares, amigos ou vizinhos). A este propósito, Shanas (1979, citado por Martín, 2005) defende a existência de uma ordem de preferência na adopção do papel de cuidador (cônjuge – filhos – outros familiares – amigos), à qual denominou de modelo hierárquico compensatório ou modelo de substituição.

Os cuidadores 25 (54,3%) referem viver na mesma casa que o idoso dependente confirmando a perspectiva de Gaugler et al., (2003) e Santos (2008) que encaram a coabitação como um dos factores importantes para assunção do papel de cuidador. Assim, podemos dizer que cerca de metade (50%) dos cuidadores cuida entre 18 a 24 horas dos idosos dependentes, Santos (2006; Ocampo, 2007; Ferreira, 2008; Ricardete; 2009). Este número de horas pode estar relacionado com o tipo de apoio prestado ao idoso dependente por parte dos cuidadores. O cuidador ao assumir a responsabilidade pelos cuidados, cabe-lhe tarefas como o apoio a nível das actividades básicas e instrumentais de vida diária, tais como, higiene, alimentação, medicação, fazer companhia e acompanhamento a consulta/exames como podemos verificar pelos resultados já referidos e que vão ao encontro de Carrero (2002; Neri e Carvalho, 2002; Gaugler et al., 2003; Martin, 2005; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Os cuidadores indicam tempo médio de prestação de cuidados de 5,54 anos. Estes dados podem ser explicados pelo facto do cuidador, ao assumir a tarefa de cuidar, ter a certeza de que é capaz de fazer. Entretanto, com o progressivo agravamento da situação funcional do idoso, as exigências do cuidado tornam-se mais intensas.

O presente estudo visou também analisar e compreender como se articulam os cuidados prestados entre o cuidador informal e outras redes de suporte (formal) ao idoso dependente. Assim verificou-se que metade dos cuidadores afirma ter a colaboração de outros serviços (Serviço de Apoio Domiciliário), sendo que os apoios mais requeridos são a higiene pessoal e o fornecimento de refeições (Rolo, 2009). Este apoio poderia ter influência na percepção da sobrecarga sentida pelo cuidador informal como sugerem os resultados obtidos por Mant et al., (2000). Contudo, não verificamos diferenças em termos de percepção de sobrecarga dos

cuidadores com apoio formal dos que não recorrem a esse mesmo apoio. Segundo os autores, a existência de um suporte familiar consistente aumenta as actividades e interacções sociais, com repercussões na qualidade de vida dos cuidadores. Atendendo a que a maioria dos idosos apresenta uma grande dependência, de acordo com o Índice de Barthel, reveste-se de alguma curiosidade o facto de nenhum dos cuidadores referenciar por exemplo o Apoio Domiciliário prestado pelo Centro de Saúde, o que poderá constituir uma área a investigar futuramente, no sentido de compreender se os cuidadores informais têm conhecimento deste tipo de apoio. Será também importante referir que actualmente os Centros de Saúde encontram-se em transformação devido à implementação da uma nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal que “resultará em grandes benefícios para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar dos portugueses” (SNS, 2009: 3).

Relativamente à percepção de saúde os cuidadores informais tendem a avaliar a sua saúde como boa ou fraca. Os dados mostram que os cuidadores tendem a ser mais velhos, logo, devido ao processo normal de envelhecimento e ao aumento da vulnerabilidade à doenças com a passar da idade, é provável que isso justifique a percepção mais negativa do seu estado de saúde. O estado de saúde desses cuidadores e a percepção que têm da sua saúde, colocam a possibilidade dos cuidadores se tornarem potenciais doentes uma vez que a sua capacidade funcional está constantemente em risco.

Quanto aos motivos de ser e manter-se como cuidador informal, a obrigação familiar/pessoal e a inexistência de respostas institucionais foram os motivos mais frequentemente apontados, seguido de evitar a institucionalização do idoso. Este sentimento de obrigação familiar/pessoal está de acordo com outros estudos (Imaginário, 2008; Pereira, 2007; Ferreira, 2008). Cuidar de um familiar doente pode constituir-se como uma forma de retribuir cuidados e afecto positivo recebidos no passado, sendo um dos aspectos positivos referidos pela amostra. Evitar a institucionalização do idoso é considerada em último recurso na medida em que pressupõe assumir a incapacidade por parte do cuidador e implica custos económicos elevados (Garret, 2005).

Relativamente aos aspectos positivos que o cuidador tem ao cuidar do idoso, 33 (71,7%) referem afecto positivo ao cuidar e como aspecto negativo, 27 cuidadores (58,7%) referem a sobrecarga física/psicológica. Pearlin e col., (1990 citado por Sequeira, 2010, pp.288) referem que desempenhar com sucesso o papel de cuidador pode melhorar a auto-estima, a realização pessoal e o reconhecimento social, uma vez que a tarefa do cuidador está

relacionada com as expectativas sociais. Contudo, mesmo nestas situações, o tipo, a intensidade e a duração da tarefa podem condicionar os aspectos positivos e transformá-los em negativos. O que os autores referem vai ao encontro do presente estudo pois como aspecto positivo é referido o afecto positivo, mas sendo a sobrecarga física/psicológica como negativo.

No que respeita ao perfil dos idosos dependentes, a amostra é maioritariamente do sexo feminino, com mais de 80 anos de idade. Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Lage (2005).

Na avaliação do grau de dependência nas AIVD observamos que os idosos são muito dependentes, nomeadamente ao nível da mobilidade e controlo esfinteriano. Esta elevada dependência por parte dos idosos faz-se sentir apenas na sobrecarga subjectiva, designadamente ao nível das Expectativas face ao cuidar que está relacionada com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, e centra-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades. O que significa que se encontram mais vulneráveis a estas fontes de sobrecarga.

De acordo com os níveis de sobrecarga dos cuidadores, mais de metade 26 (56,5%) apresentam uma sobrecarga intensa, e a média mais elevada do factor da escala da sobrecarga refere-se às expectativas face ao cuidar ($M=3,87$), como já tinha sido acima indicado.

Relativamente às relações da sobrecarga do cuidador com as características sócio-demográficas do idoso existem relações significativas. A relação da idade do idoso com a Sobrecarga Subjectiva, indica que quanto mais idade tem o idoso menor é a percepção de sobrecarga subjectiva do cuidador.

Na relação da sobrecarga e a situação profissional do cuidador verificamos que a diferença se situa entre os trabalhadores por conta de outrem/ ou conta própria e as domésticas, tendo os cuidadores que trabalham, uma maior percepção de auto-eficácia. O facto da função de cuidador não ser exercida em exclusividade poderá permitir factores de compensação resultantes do exercido de uma actividade profissional.

Quanto ao estado de saúde do cuidador observou-se uma influência considerável na percepção que estes têm da sobrecarga ao cuidar do idoso. Assim, constatamos que quanto melhor for o estado de saúde, menor é a sobrecarga autopercibida do cuidador. Esta relação é particularmente evidente quanto à sobrecarga objectiva, evidenciando-se menor alterações no

dia-a-dia do cuidador, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, lazer, na saúde física e mental.

Fazendo uma análise global aos resultados obtidos com a CAMI, constatou-se que a maioria da amostra utiliza e considera úteis as diversas estratégias de coping.

Observamos diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias utilizadas pelo cuidador para superar as suas dificuldades e a autopercepção de sobrecarga, indicando que quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso, menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso.

As restantes diferenças significativas foram encontradas para estratégias referentes ao Lidar com acontecimentos/Resolução de problemas que associando-se, de forma positiva, com as Expectativas face ao cuidar, indicando que quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso. Quanto à estratégia Percepções alternativas sobre a situação verifica-se uma associação negativa com o nível de Sobrecarga objectiva, designadamente com a Relação interpessoal. Percepções alternativas mais elevadas conduzem assim a uma menor sobrecarga objectiva do cuidador no que se prende com a relação interpessoal estabelecida com o idoso.

O trabalho efectuado pelos cuidadores informais deve ser reconhecido e os serviços devem encarar a sua participação como um recurso que deve ser fortalecido e não substituído Aneshensel et al., (1995 citado por Barbosa, 2009). Além disso, tem sido constantemente demonstrado que as intervenções que têm por base uma perspectiva que potencia estratégias de coping e desenvolvendo competências para o cuidar – são mais susceptíveis de resultar em benefícios terapêuticos do que aquelas que se edificam em modelos patogénicos, que visam apenas a redução da sobrecarga (Ramos, 2005).

PARTE V – CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu relacionar a sobrecarga e as estratégias de coping do cuidador informal do idoso dependente. Para além disso, foram estudadas as correlações entre a sobrecarga e características sócio-demográficas do idoso (idade e o grau de dependência), entre a sobrecarga e características sócio-demográficas do cuidador (género, idade, estado civil, situação profissional, tempo de prestação de serviços, acesso a poio formal, estado de saúde e estratégias de enfrentar as dificuldades).

A perspectiva da sobrecarga, que tem dominado a literatura, indiciando como gerador de um estado patológico a prestação de cuidados informais. Consequentemente, as políticas de saúde e as respostas de apoio formal tendem a centrar-se na implementação de medidas visando a diminuição da sobrecarga, o que poderá ser considerado como representativo de uma visão patológica. Como se verificou, é ao nível da sobrecarga objectiva (consequência associadas às tarefas de cuidar) que os cuidadores mais precisam de apoio.

Impõe-se, assim, uma mudança de abordagem através de uma perspectiva que aposte na promoção da saúde, vá para além do que a prevenção da doença. Para isso, é importante que os profissionais de saúde direccionem a sua atenção não para a doença, a incapacidade, a limitação, mas para a promoção, manutenção e recuperação das capacidades e potencialidades existentes nos cuidadores informais. Isto significa que o apoio ao cuidador informal envolva também aspectos educativos e preventivos, bem como medidas de reabilitação, no sentido de potenciar as capacidades do idoso e família.

Será importante potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de coping e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos mais do que os que se baseiam em modelos patológicos, que visam a diminuição da sobrecarga.

Em suma, privilegiando as intervenções multidisciplinares, os profissionais podem proporcionar à família apoio e consolo, de forma a que os cuidadores informais compreendam que não são meros cuidadores vivendo no anonimato, num domicílio qualquer, mas que existem várias pessoas envolvidas nesse processo, dispostas e capazes de ajudá-los.

Espera-se que o estudo possa aumentar o conhecimento em volta dos cuidadores informais e que os resultados obtidos orientem os profissionais de saúde, no sentido de ajudar estes cuidadores a identificar as causas da sua sobrecarga e a desenvolver e otimizar estratégias de *coping* eficazes.

PARRTE VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adão, P. (2002). *O Modelo de Welfare da Europa do Sul - Reflexões Sobre a Utilidade do Conceito*. Revista Sociologia - Problemas e Práticas, 38:25-59.

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. San Diego, CA: Academic Press.

Barbosa, A. L. B. (2009). *Cuidado informal no fim de vida: stresse e coping em cuidadores primários e secundários*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro: Aveiro.

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

Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica*. 8ª Ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Carrero, M. (2002). *Antes la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiars*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2008). *The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review*. Archives of Gerontology and Geriatrics. In press.

Chou, K. (2000). *Caregiver burden: A concept Analysis*. Journal of a Pediatric Nursing, 15 (6).

Decreto-lei Nº 101/2006, 6 de Junho. Diário da República nº 109 – Seria I-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ferreira, S. M. M. (2008). *Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer*. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciência da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.

Figueiredo, D. (2007b). *Prestação familiar de cuidados a idosos com e sem demência*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2002). *CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados*. *Geriatrics*, (Vol. XV: nº 144), 15 – 19, Lisboa.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55: 745-774.

Garret, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lider – Edições Técnicas Lda.

Grant, J. (2000). *Sociodemographic, physical and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors*. *Brain Injury*. Alabama, 1 (12): 1089-1097.

Gaugler, J.E., Mediondo, M., Smith, C.D. & Schmitt, F.A. (2003). *Secondary dementia caregiving and its consequences*. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5): 300-308.

Gonçalves (2003). *Revista técnica de enfermagem*. Lisboa. Dezembro (2006). Nº 216.

Heierie, C., (2004). *Cuidando entre Cuidadores – Intercambio de apoyo en la familia*. Granada. Fundación Índex.

Imaginário, C. (2008): *O idoso dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2º Ed. Coimbra. Formasau.

Lage, I.(2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. M., (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lavoz, E. E., Villarroel, V. M., Jaque, R. L., Caamaño, P. R. (2009), *Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultório "José Durán Trujillo"*, *Theoria*, Vol. 18 (1): 69-79 San Carlos, Chile

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation*. The Barthel Index. *Md.State Medical Journal*, 14, 61-65.

Mant, J. (2000). Family support for stroke: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2 (356): 808-813

Martín, M. e col. (1996). *Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit*, *Revista de Gerontologia*, 6, 338-346.

Martin, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paul & A.M., Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 179- 202

Martz, E. & Livneh, H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical aspects*. New York: Springer Publishing Company.

Marques, S. (2005). *Os cuidados informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.

Neri, A. & Carvalho, V. (2002). *O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais*. In E.V Freitas, *Tratado de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanagara Koogan.

Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*, *Buckingham*: Open University Press.

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton: Pavilion Publications.

Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). CAMI – A bass for assensment and support with family carers, *British Journal of Adult/Elderly Care Nursing*, 4 (14), 822-826.

Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Laboa, L., García, C. A. (2007). *Sobrecarga asociada com el cuidado de ancianos dependientes*. Colombia Médica. Vol.38: 40-46.

Pereira, M. F. C. (2007). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto.

Ramos, M., (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ramos (2005). *Crescer em stresse*. Porto: Âmbar.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research* 12. (suppl.1), 33-41.

Santos, P. (2005) – *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

SNS- Serviço Nacional de Saúde (2009). *Acontecimento Extraordinário. Relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários*, Lisboa.

Santos, S. J., (2006). *Avaliação Sócio – Demográfica e níveis de Saúde Física e Mental de Cuidadores de um Programa de atendimento domiciliar*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande.

Santos, D. I. F. A., (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente. Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.

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.

Sequeira, C., (2007). *Cuidar de Idosos dependentes. Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

Sequeira, C., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série, nº 12, Março, 9 - 16.

Silveira, T., Caldas, C. e Carneiro, T. (2006). *Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais* (Versão electrónica). *Caderno de Saúde Pública*, 22 (8): 1629-1638

SOMMERHALDER, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, - São Paulo.

Sousa, L. (2004). O Recurso aos Apoios Formais: A Família, o Idoso e os Cuidado(res)s Formais, in Sousa, L. et al., *Envelhecer em Família* (95-141). Os Cuidados Familiares na Velhice, Porto: Âmbar.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006) (2ª ed.). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.

Scazufca, M., (2002). Versão Brasileira da escala “*Burden Intervier*” para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Março, 24 (1).

Schulz, R., Noelker, L.S., Rockwood, K. & Sprott, R.L. (2006). *The Encyclopedia of Aging*. Springer Publishing Company.

Ricardete, L., (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto.

Rolo, C. A. A., (2009). *Sobrecarga e Satisfação com a Vida: Percepção dos Cuidados Informais de idosos*. Dissertação da Tese de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro. Aveiro

Urbiergo, M. C. U., Ruiz, S. R., Gavilan, M. V. V., Molina, R. R., (2005). El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enfermería Clínica*, 15 (4): 199-205.

Vitalino, P., Yong, H., & Russo, J., (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions. In Psychological Science*, 13 (1): 13-16.

Westphal, A., (2005). Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose múltipla temporal e esclerose mioclónica juvenil. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiol*, 11 (2): 71-76.

Zarit, S. H., & Zarit, J.M. (1983). *The memory and behavior problems checklist – and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.