

**MARGARIDA CURADO CABANITA**

**O Cuidador Informal de Idosos**

**-Contribuições para o estudo das suas  
Necessidades, Sobrecarga, Resiliência e  
Otimismo-**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciência Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2021

MARGARIDA CURADO CABANITA

**O Cuidador Informal de Idosos**  
**-Contribuições para o estudo das suas**  
**Necessidades, Sobrecarga, Resiliência e**  
**Otimismo-**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação

Trabalho orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciência Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2021

## **O Cuidador Informal de Idosos- Contribuições para o estudo das suas Necessidades, Sobrecarga, Resiliência e Otimismo-**

### **Declaração de autoria de trabalho:**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Copyright © 2021 por Margarida Curado Cabanita. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **Agradecimentos**

A realização da presente dissertação de mestrado contou com o apoio fundamental de algumas pessoas, estas foram muito importantes para a conclusão desta etapa da minha vida, a quem ficarei eternamente grata.

À professora Maria Helena Martins por toda a orientação, disponibilidade, apoio e confiança. Por todas as palavras amigas e carinhosas que trocámos, sobretudo ao longo destes meses. Com trabalho, empenho e dedicação conseguimos sempre encontrar um caminho para todas as adversidades. Muito obrigada, do fundo do coração.

Aos 42 participantes que disponibilizaram um pouco do seu tempo para colaborar nesta investigação, foram fundamentais e sem eles não seria possível.

Às minhas amigas, Matilde, Rita, Melissa e Catarina por estarem presentes neste e em muitos momentos da minha vida. À Gabriela, à Inês, à Ana, à Tânia, à Catarina e à Beatriz um enorme obrigada por fazerem parte do meu percurso académico, sem vocês não seria tão bonito. Em especial à Gabriela, que trabalhámos lado a lado em todos os momentos ao longo do nosso percurso universitário. Obrigada pela paciência nas horas mais difíceis.

Às minhas avós por toda a preocupação, carinho e generosidade.

Aos meus avôs que iniciaram ao meu lado, presencialmente, o meu percurso universitário e que agora iluminam o meu caminho e me continuam a dar força de uma outra forma.

Por último, sendo eles o meu porto de abrigo e a minha fonte de maior apoio, agradeço em especial à minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão e ao João. Obrigada por todo o amor, paciência e motivação incondicional.

Os meus mais sinceros agradecimentos!

## Resumo

O aumento da população envelhecida, aliado à carência de instituições vocacionadas para o atendimento de idosos tem vindo a incrementar a necessidade de que os familiares se tornem eles próprios cuidadores informais dos seus familiares idosos. O presente estudo tem como objetivo analisar as necessidades percebidas, a sobrecarga, a resiliência e o otimismo dos cuidadores informais de idosos com dependência significativa. Participaram neste estudo descritivo-correlacional, 42 cuidadores informais de idosos ( $N = 42$ ), com idades compreendidas entre os 22 e os 74 anos ( $M = 50.45$ ;  $DP = 11.16$ ). Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Necessidades Percebidas (2015); Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI, 2015); Escala *Measuring State Resilience* (MSR, 2015); e Escala sobre o Otimismo (1998). Os principais resultados apresentaram que a maior parte destes cuidadores são do género feminino, média de idades de 50.25 anos. Mais de metade dos inquiridos são filhos dos idosos cuidados. Estes cuidadores inquiridos no presente estudo apresentam necessidades moderadas e moderada sobrecarga, elevada resiliência e elevado otimismo. Estes dados significam que estes cuidadores informais percebem que têm necessidades que não estão a ser respondidas e que sentem alguma sobrecarga advinda do cuidado aos seus idosos. No entanto, mostram resiliência para enfrentar os obstáculos advindos deste papel e otimismo perante o presente e o futuro das suas vidas. Relativamente às variáveis em estudo, constata-se ainda que, quando as necessidades dos cuidadores aumentam, a sobrecarga aumenta também, enquanto a resiliência e o otimismo se apresentam menos elevados. Constata-se, ainda, que quando a sobrecarga aumenta, a resiliência e o otimismo tendem a apresentar resultados mais baixos. Por outro lado, quando a resiliência aumenta, o otimismo também aumenta. Face a estes resultados, é importante, promover a capacitação dos cuidadores informais dos idosos dependentes, permitindo simultaneamente uma melhor capacidade de enfrentamento das adversidades e otimismo.

**Palavras-chave:** Cuidador Informal, Idoso, Necessidades Percebidas, Sobrecarga, Resiliência e Otimismo.

## **Abstract**

The growing elderly population, plus the lack of institutions specifically designed to support them has led to the need of making the family the elderly's informal caregivers. The current study has as main aim to analyse the clear necessities, the overload, the resilience, and the optimism of the informal caregivers of elderly people with significant dependency. Forty-two informal caregivers ( $N = 42$ ), with ages between 22 and 74 ( $M = 50.45$ ;  $SD = 11.16$ ) took part in this descriptive-correlational study. The instruments used were a sociodemographic questionnaire; a questionnaire about the perceived needs (2015); an informal caregiver burden assessment questionnaire (QASCI, 2015); the *Measuring State Resilience* scale (MSR, 2015) and a scale on optimism (1998). The main results showed that most of these caregivers are female and have an average age of 50.25. Over half of the respondents are the elderly's offspring. The respondent caregivers of the current study show moderate needs and moderate overload, high resilience, and high optimism. This information means that these informal caregivers understand that they have needs that are not being answered and feel some overload that comes from all the care provided to their elderly. Nevertheless, they show resilience to face the obstacles that come from this role and optimism before the present and future of their lives. Regarding the variables being studied we can state that, when the caregiver's needs grow, the overload also grows, whilst the resilience and optimism decrease. It can also be stated that when the overload increases, the resilience and the optimism tend to show lower results. On the other hand, when the resilience increases, the optimism is also higher. Due to these results, it is important to promote the training of the elderly dependent population's informal caregivers, giving them the tools, skills, and optimism to face adversities.

**Keywords:** Caregivers; Elderly; Perceived Needs; Overload; Resilience; Optimism.

# Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Palavras-chave: Cuidador Informal, Idoso, Necessidades Percebidas, Sobrecarga, Resiliência e Otimismo.....	ii
Abstract.....	iii
Keywords:.....	iii
Índice Geral.....	iv
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Gráficos.....	viii
Índice de Apêndices.....	ix
Índice de Anexos.....	x
Introdução.....	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
Capítulo 1- Do Envelhecimento à Dependência.....	5
1.1. A Velhice e o Envelhecimento.....	5
1.2. A Dependência no Idoso.....	7
1.3. O Papel do Psicólogo na Velhice.....	9
Capítulo 2 – O Cuidador Informal de Idosos.....	12
2.1. Definição de Cuidador Informal.....	12
2.2. Características mais comuns do Cuidador Informal.....	14
2.3. Motivos que Levam um Indivíduo a Assumir o Papel de Cuidador.....	15
2.4. O Papel do Cuidador Informal.....	17
Capítulo 3 - Necessidades, Sobrecarga, Resiliência, Otimismo e o Cuidador Informal.....	20
3.1. O Cuidador Informal e as suas Necessidades.....	20
3.2. A Sobrecarga e o Cuidador Informal.....	21
3.3. A Resiliência e o Cuidador Informal.....	24
3.4. O Otimismo e o Cuidador Informal.....	28
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....	32
Capítulo 4 - Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos.....	33
4.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação.....	33
4.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos.....	33

Capítulo 5 - Metodologia.....	35
5.1. Metodologia da Investigação .....	35
5.1.1. Tipo de Estudo .....	35
5.1.2. Seleção e caracterização da amostra .....	35
5.2.1. O Questionário Sociodemográfico .....	38
5.2.2. O Questionário das Necessidades Percebidas .....	38
5.2.3. O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) .....	38
5.2.4. A Escala <i>Measuring State Resilience</i> (MSR).....	39
5.2.5. A Escala sobre o Otimismo.....	39
5.3. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados .....	39
Capítulo 6 - Apresentação dos Resultados .....	42
6.1. Análise Descritiva.....	42
6.1.1. Questionário de Necessidades Percebidas.....	42
6.1.2. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) .	42
6.1.3. Escala <i>Measuring State Resilience</i> .....	43
6.1.4. Escala sobre o Otimismo.....	44
6.2. Análise Correlacional.....	45
6.2.1. Associação entre género e Questionário de Necessidades Percebidas, QASCI, Escala <i>Measuring State Resilience</i> e Escala sobre o Otimismo.....	45
6.2.3. Estudo Correlacional entre o nível de escolaridade do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala <i>Measuring State Resilience</i> e na Escala sobre o Otimismo.....	47
6.2.4. Estudo Correlacional entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala <i>Measuring State Resilience</i> e na Escala sobre o Otimismo.....	48
6.2.5. Estudo correlacional entre o estado de saúde atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala <i>Measuring State Resilience</i> e na Escala sobre o Otimismo.....	50
6.2.6. Estudo correlacional entre o bem-estar psicológico atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala <i>Measuring State Resilience</i> e na Escala sobre o Otimismo. ....	51
6.2.7. Estudo Correlacional entre as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala <i>Measuring State Resilience</i> e na Escala sobre o Otimismo.....	53
Capítulo 7 - Discussão dos resultados .....	55

Considerações Finais .....	67
Referências Bibliográficas.....	71
Apêndices .....	87
Anexos .....	95

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Estatística descritiva das pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas.....	42
<b>Tabela 2.</b> Estatística descritiva das pontuações obtidas no QASCI.....	43
<b>Tabela 3.</b> Estatística descritiva das pontuações obtidas na Escala Measuring State Resilience.....	44
<b>Tabela 4.</b> Estatística descritiva das pontuações obtidas na Escala sobre o Otimismo ....	44
<b>Tabela 5.</b> Estudo Correlacional entre o género e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	45
<b>Tabela 6.</b> Estudo Correlacional entre a idade e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	47
<b>Tabela 7.</b> Estudo Correlacional entre o nível de escolaridade do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	48
<b>Tabela 8.</b> Estudo Correlacional entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	49
<b>Tabela 9.</b> Estudo Correlacional entre o estado de saúde atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	51
<b>Tabela 10.</b> Estudo Correlacional entre o bem-estar psicológico atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	52
<b>Tabela 11.</b> Estudo Correlacional entre as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.....	54

## **Índice de Gráficos**

**Gráfico 1.** *Diagrama de barras do nível de escolaridade dos participantes.....36*

**Gráfico 2.** *Diagrama de barras do grau de parentesco entre o cuidador informal e o idoso dependente.....37*

## **Índice de Apêndices**

<b>Apêndice 1.</b> Consentimento Informado.....	88
<b>Apêndice 2.</b> Questionário Sociodemográfico.....	90
<b>Apêndice 3.</b> Estatística descritiva ( <i>M</i> , <i>DP</i> , Min. e Max.) para os itens do Questionário das Necessidades Percebidas.....	91
<b>Apêndice 4.</b> Estatística descritiva ( <i>M</i> , <i>DP</i> , Min. e Max.) para os itens do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).....	92
<b>Apêndice 5.</b> Estatística descritiva ( <i>M</i> , <i>DP</i> , Min. e Max.) para os itens da Escala <i>Measuring State Resilience</i> .....	93
<b>Apêndice 6.</b> Teste de Normalidade para as variáveis Necessidades Percebidas, Sobrecarga, Resiliência e Otimismo.....	94

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Questionário de Necessidades Percebidas.....	96
<b>Anexo 2.</b> Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).....	98
<b>Anexo 3.</b> A Escala <i>Measuring State Resilience</i> .....	99
<b>Anexo 4.</b> Escala sobre o Otimismo.....	100
<b>Anexo 5.</b> Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD- UAlg)....	101
<b>Anexo 6.</b> Parecer da Comissão de Ética da UAlg.....	102
<b>Anexo 7.</b> E-mail de autorização para utilização do Questionário de Necessidades Percebidas.....	103
<b>Anexo 8.</b> E-mail de autorização para utilização do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).....	104

## INTRODUÇÃO

A população mundial está a envelhecer (OPP, 2015), sendo que o processo de envelhecimento é transversal em todas as culturas e sociedades (OMS, 1993). Efetivamente, nas últimas décadas, a qualidade de vida dos indivíduos tem vindo a aumentar, assim como as condições de vida, o que permitiu um aumento da longevidade e da esperança média de vida (Brigola et al., 2015).

Atualmente, em Portugal, 26,6 % da população tem mais de 65 anos, no entanto, estima-se que até 2050 esse valor ultrapasse os 40 %. Estas alterações demográficas estão a modificar as sociedades e as economias, desenvolvendo diversas questões relacionadas com o financiamento de cuidados de saúde, dimensões que são necessárias promover para que a qualidade de vida e bem-estar acompanhem o prolongamento da vida e, também, relacionadas com medidas de proteção social (OPP, 2015).

De facto, o envelhecimento traz consigo dificuldades e carências, sobretudo ao nível da saúde dos indivíduos idosos, podendo estas serem de cariz físico ou psicológico. Face às necessidades que os idosos podem apresentar em diversos graus e aspetos, a família detém um papel fulcral no cuidado ao idoso, mesmo que as respostas para estes sejam exteriores à mesma (Brigola et al., 2015).

Com este aumento da população idosa, e não obstante o desenvolvimento de respostas da comunidade, temos vindo a assistir que as instituições para a terceira idade não conseguem responder às necessidades apresentadas, sendo que a maior parte se encontram com a capacidade máxima completa, o que leva a que muitas famílias definam um cuidador de entre os membros da família para auxiliar nos cuidados ao seu idoso dependente (Moreira et al., 2016).

Neste sentido e atendendo ao aumento dos cuidadores informais na nossa sociedade, são diversos os estudos que têm vindo a investigar as características destes cuidadores e as consequências de cuidar (Sequeira, 2007). No que se refere à função de cuidador, esta é, por norma, assumida por uma única pessoa (Falcão et al., 2016), sendo que a maior parte destes indivíduos são familiares (Pinquart & Sorensen, 2006), que se tornam responsáveis por prestar cuidados às necessidades do idoso. Vários estudos assinalam que o perfil sociodemográfico revela que, predominantemente, os cuidadores são do género feminino (Pinquart & Sorensen, 2006; Pereira, 2015), que abdicam de uma grande parte das suas atividades sociais para se poderem dedicar aos cuidados do familiar que apresenta necessidades (Falcão et al., 2016).

Efetivamente, a literatura realça que o papel de cuidador não envolve apenas a parte técnica, mas também a gestão emocional. Como tal, muitos cuidadores enfrentam diversos obstáculos provenientes do seu papel, podendo apresentar diversas necessidades advindas desta atividade. O excesso de trabalho, a falta de tempo para tarefas e cuidados do próprio cuidador, bem como a falta de tempo para si, para poder descansar ou usufruir de algumas atividades sociais e de distração são outras necessidades apresentadas (Araújo, 2015). Segundo Santos (2008, citado por Cruz et al., 2010), as dificuldades mais destacadas focalizam-se, sobretudo, ao nível das dimensões psicológicas, físicas, financeiras e sociais.

A sobrecarga é uma das características que os cuidadores informais podem ainda apresentar. Segundo Sequeira (2010), este conceito diz respeito ao conjunto de consequências que podem surgir no decorrer do contacto próximo com um doente ou idoso dependente, com ou sem demência. Este investigador destaca, também, que este fator está associado à diminuição da qualidade de vida do cuidador.

Neste contexto, o comportamento resiliente surge como essencial, tanto para o cuidador, como para o cuidado idoso (Lopes & Massinelli; Ong et al, 2018). Para alguns investigadores a resiliência é conceptualizada como uma característica da personalidade que modera os efeitos negativos do stresse e que promove uma melhor adaptação (Ahern et al., 2006), ou como uma habilidade ou estratégia que leva os indivíduos a superarem as adversidades que lhes vão surgindo ao longo da vida, adaptando-se, recuperando-se, e transformando as suas próprias vidas (Yunes & Szymanski, 2008).

Também o otimismo é uma característica importante para os cuidadores informais de idosos, uma vez que os indivíduos mais predispostos ao otimismo, mesmo quando enfrentam dificuldades e obstáculos têm tendência a continuar a acreditar que conseguirão alcançar os seus objetivos e mantêm os esforços para alcançá-los (Carver et al., 2010).

Alguns estudos têm vindo a documentar que, enquanto alguns cuidadores apresentam grandes necessidades e sobrecarga, outros, pelo contrário, conseguem evidenciar resiliência e superar com otimismo as dificuldades que encontram.

Neste sentido, é importante e urgente continuar e cada vez mais explorar as características dos cuidadores informais de idosos como forma a conhecer as suas necessidades, tornando-se assim possível desenvolver estratégias para auxiliar estes indivíduos neste seu papel de cuidar. Ao conhecermos as suas necessidades estaremos, posteriormente, a conhecer também as necessidades dos idosos, podendo ajudá-los

também a ultrapassar as adversidades vividas nesta fase da vida. Assim, os psicólogos através da sua formação e conhecimento teórico-prático acerca do comportamento ao longo do ciclo de vida, os aspetos cognitivos do processo de envelhecer e o impacto psicológico e social do envelhecimento (OPP, 2015), desempenham um papel fundamental na resposta às necessidades de saúde mental e no apoio à crescente população idosa (APA, s. d.).

Assim, tendo como referência a problemática referida, a presente investigação pretende, como objetivo geral analisar as necessidades percebidas, a sobrecarga, a resiliência e o otimismo de uma amostra de cuidadores informais de idosos com dependência significativa.

Consubstanciando o objetivo definido, o presente estudo divide-se em duas partes, nomeadamente o enquadramento teórico e o estudo empírico. O enquadramento teórico é constituído por três capítulos, sendo que o primeiro aborda a problemática do envelhecimento à dependência, onde se define o conceito de velhice e envelhecimento, aborda-se a dependência no idoso e o papel do psicólogo na velhice. O segundo capítulo direciona-se para o cuidador informal de idosos, onde é apresentada a definição de cuidador informal, as suas características mais comuns, os motivos que levam um indivíduo a assumir o papel de cuidador informal e o papel do cuidador informal de idosos com dependência significativa. O terceiro capítulo incide sobre as necessidades, a sobrecarga, a resiliência, o otimismo e os cuidadores informais.

O estudo empírico é constituído por quatro capítulos. No quarto capítulo é feita a definição da problemática, são apresentadas as questões de investigação e os objetivos em estudo. No capítulo quinto, é definida a metodologia, nomeadamente o tipo de estudo, é realizada a seleção e caracterização da amostra, são apresentados os instrumentos utilizados, assim como os procedimentos de recolha e tratamento dos dados. No sexto capítulo são apresentados os resultados, realizados através de uma análise descritiva e uma análise correlacional, sendo posteriormente discutidos no capítulo seguinte. Por último, descrevem-se as considerações finais do estudo, tal como são apresentadas as limitações e sugestões para futuras investigações.

# **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## Capítulo 1- Do Envelhecimento à Dependência

### 1.1. A Velhice e o Envelhecimento

O processo de envelhecer é transversal a todas as culturas. No entanto, a definição de velhice é bem mais complexa, sendo que a conceção de pessoa idosa deriva da fixação de uma idade cronológica que está fixada, por norma, entre os 60 e os 65 anos (OMS, 1993). Efetivamente, as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, sendo que ao nível biológico, o envelhecimento está associado a uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Estes danos conduzem, com o tempo, a perdas graduais nas reservas fisiológicas, a um aumento do risco de contrair diversas doenças e a um declínio geral das capacidades do indivíduo, resultando por fim no seu falecimento. O envelhecimento é, assim, conceptualizado como um processo contínuo, complexo e heterogéneo ao qual o ser humano se tem de adaptar (Martins, 2015; 2018). De assinalar, contudo, que estas mudanças não são lineares ou consistentes e estão apenas ligeiramente associadas com a idade em anos (OMS, 2015).

A velhice é definida por Coles (1996), numa perspetiva meramente fisiológica, como um processo de falência reprodutiva (menopausa/andropausa) causada por uma progressiva disfunção generalizada, resultante de uma significativa perda de capacidade de adaptação ao ambiente.

Segundo Fernandes (2000), a “velhice pode definir-se como sendo um processo “inelutável” caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerado o “coroamento” das etapas da vida” (p. 24). É entendida como a última fase do processo de envelhecimento, sendo definida como um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. A velhice surge, assim, habitualmente relacionada com a idade relativamente avançada.

Por sua vez, Weineck (2001), define a velhice como a junção de todas as alterações psicológicas, biológicas e sociais que gradualmente vão reduzindo as capacidades de adaptação e do desempenho psicofísico do indivíduo passando, assim, pela idade de desempenho máximo da fase adulta. Costa (2002), precisando esta etapa da vida, acrescenta que o envelhecimento é um processo em que o organismo biológico

existe no tempo e tem mudanças físicas, resultando num comprometimento cognitivo e físico, através do aumento da vulnerabilidade e probabilidade de morte.

Mais recentemente, Faria e colaboradores (2015), referiram que o envelhecimento representa a diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida, sendo sobretudo a nível cognitivo que se manifesta, normalmente com a perda de capacidades.

Neste sentido, é possível constatar que, quando se procura analisar o funcionamento de um indivíduo existem várias dimensões a considerar, nomeadamente a biológica, a psicológica e a sociológica, dado que todas se relacionam com o meio ambiente em que o indivíduo se insere (Moriz, 2003). Para Fernández-Ballesteros e colaboradores (2012), na perspetiva teórica, existem inúmeras teorias que tentam explicar o envelhecimento, através das suas dimensões, anteriormente referidas, como por exemplo, as teorias genéticas, do desenvolvimento, da desvinculação, entre outras.

De assinalar ainda que, nas últimas décadas, a qualidade de vida dos indivíduos, bem como as condições de vida têm vindo a aumentar, o que permitiu um aumento da longevidade e da esperança média de vida. Estas alterações, verificadas sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas refletem-se, atualmente, em sociedades com uma população maioritariamente envelhecida (Brigola et al., 2015).

Em Portugal, aproximadamente um quinto da população tem mais de 65 anos de idade e prevê-se que este grupo populacional aumente de uma forma exponencial nos próximos anos (Firmino, 2018). Segundo os dados da PORDATA, o número de idosos com 65 ou mais anos representam 22 % da população, sendo que o índice de envelhecimento em 2019 foi de 161,3 %, contrastando com os dados de 1961 em que foi de 27,5 % (INE, 2020).

Consequentemente, a evolução da sociedade acaba por acentuar diversas carências que muitos idosos podem desenvolver, sendo, por isso, fundamental encontrar respostas para esta faixa etária da população (Brigola et al., 2015). Esta realidade conduz, ainda, à necessidade de se refletir e adotar novos paradigmas de avaliação, intervenção e melhoria nos cuidados de assistência aos idosos (Firmino, 2018).

De facto, os indivíduos com idades mais avançadas apresentam maiores fragilidades e, consequentemente, mais doenças físicas e psicológicas (Barreto, 2005). Diversos investigadores salientam ainda que a sociedade não parece estar ainda preparada

para responder adequadamente às necessidades desta população, quer no domínio sanitário ou no económico-social (Sequeira, 2018).

## **1.2. A Dependência no Idoso**

Ao nível das experiências individuais, a qualidade de vida de muitos idosos é diretamente afetada, seja pelo facto de muitos idosos apresentarem eles próprios doenças características da idade ou, por terem de lidar com situações familiares muito difíceis provocadas pela existência de familiares com elevado grau de dependência e patologias crónicas, sobretudo quando essas são de natureza psicológica (Barreto, 2005).

Neste sentido, é importante clarificar que o conceito de dependência se relaciona com a incapacidade de o indivíduo satisfazer as próprias necessidades humanas básicas (Sequeira, 2018), como por exemplo, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, fazer compras, ir à farmácia, gerir o dinheiro, entre outras (Garces et al., 2012).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, as necessidades de cuidado aos idosos podem ser provocadas por perda ou falta de autonomia física, psicológica ou intelectual, decorrente de uma doença crónica que se agrava com o avançar da idade, deficiência, sequelas pós-traumáticas, doença severa e/ou incurável em fase avançada, demência orgânica, ausência ou escassez de apoio familiar, ou de outra natureza, sendo que a pessoa não consegue realizar as atividades da vida diária sozinha.

Segundo Sequeira (2018), a dependência pode ser o resultado do surgimento de um défice que limita a atividade relativamente ao funcionamento do indivíduo, que ocorre na sequência, maioritariamente, de um acontecimento não antecipado e que pode surgir de forma abrupta ou de forma progressiva. Na maior parte das vezes, a dependência está associada a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo. Em alguns casos, nessa limitação não existe a possibilidade de ser acompanhada na totalidade por ajuda profissional, sendo necessário o indivíduo ter uma terceira pessoa que o ajude.

Neste sentido, a dependência leva a que o indivíduo seja incapaz de atingir um nível de satisfação suficiente face às suas necessidades, por ser impossível realizar tarefas ou desenvolver comportamentos autonomamente, necessitando da ajuda de outras pessoas. Assim, o surgimento da dependência envolve adaptação a uma nova vida (Sequeira, 2018).

Perante a dependência experienciada pelos idosos, o apoio social apresenta um papel de destaque nos dias de hoje. Por motivos financeiros ou questões de vínculo familiar, muitos idosos encontram-se ao cuidado de alguém, sendo muitas vezes os

familiares mais próximos, ou em situações mistas, ou seja, parcialmente ao cuidado do cuidador familiar e ao cuidado de instituições especializadas para o acompanhamento da terceira idade (Pocinho et al., 2016).

A institucionalização, outra das respostas encontradas pelas sociedades mais desenvolvidas para o apoio aos idosos, permite um acompanhamento que corresponda às necessidades e dificuldades que vão surgindo ao longo desta fase da vida. Neste sentido, a institucionalização é encarada por muitas famílias como benéfica, atendendo a que muitos familiares não detêm conhecimentos e competências necessários para acompanhar os idosos e corresponder aos cuidados que estes necessitam. Assinale-se, contudo, que nem sempre a institucionalização é uma opção para a família, quer por motivos financeiros, quer por motivos emocionais, de sentido de responsabilidade ou de obrigação, quer ainda porque o próprio idoso resiste à ideia de abandonar o seu lar e ir para uma instituição de idosos. Além disto, com o aumento da população idosa, as instituições para a terceira idade encontram-se na maior parte sobrelotadas e, em muitas situações, com lista de espera. Assim, tem-se assistido a um aumento dos cuidadores informais de idosos, função esta desempenhada geralmente pelos familiares mais próximos (Manzini, et al., 2016; Moreira, et al., 2018).

De salientar ainda que, em Portugal, na atualidade, as políticas de saúde têm vindo a privilegiar também a manutenção dos idosos no domicílio. Esta medida tem sido definida, quer devido à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, bem como atendendo a alguns estudos e orientações internacionais que salientam as vantagens na promoção da qualidade de vida dos idosos, quando estes permanecem no seu ambiente habitual. Assinala-se, contudo que, devido ao aumento crescente do número de idosos, às vantagens a nível da autonomia e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, onde o cuidador informal assume uma maior relevância, esta tarefa implica uma função acrescida para a família que cuida do seu idoso (Leuschener, 2005).

Os cuidados que estes necessitam, o agravamento de algumas doenças iniciadas na fase adulta e que tornam o idoso ainda mais vulnerável ao aparecimento de novas doenças características destas idades, em que a dependência de terceiros para as atividades básicas do dia-a-dia são problemáticas muito comuns (Sequeira, 2018). Assim, face às necessidades que os idosos apresentam e à não existência de respostas adequadas na comunidade, a família acaba, muitas vezes, por assumir o papel de cuidador informal

aos seus idosos (Brigola et al., 2015). Este cuidado é, assim, fulcral e indispensável para a manutenção no domicílio do idoso com dependência (Sequeira, 2018).

Consubstanciando o que foi explanado, cuidar de idosos é um processo individual e coletivo de aceitação e compreensão do envelhecimento como algo inerente ao processo existencial (Duarte et al., 2008).

### **1.3.O Papel do Psicólogo na Velhice**

Os psicólogos desempenham um papel fundamental na resposta às necessidades de saúde mental e no apoio à crescente população idosa (APA, s.d.). De acordo com a sua formação e conhecimento científico teórico-prático acerca do comportamento ao longo do ciclo de vida, os aspetos cognitivos do processo de envelhecer e o impacto psicológico e social do envelhecimento, os psicólogos estão preparados para executar diversos papéis em diferentes contextos de vida dos adultos mais idosos (OPP, 2015).

Os psicólogos prestam serviços a idosos em diversos ambientes, incluindo ao domicílio, nas instalações de cuidados de saúde privadas ou públicas e nas instalações de cuidados de longa duração e de assistência de vida. Geralmente, podem desenvolver a sua atividade individualmente, como em equipas multidisciplinares colaborando com uma variedade de profissionais, incluindo prestadores de serviços médicos e de outros serviços de saúde mental, como forma a assegurar um cuidado abrangente ao idoso (APA, s.d.). Este profissional representa, sem dúvida, uma mais-valia para a equipa multidisciplinar, uma vez que pode contribuir para a educação ao longo da vida dos idosos, apresentando ainda a possibilidade de escutar, contribuir para o bem-estar grupal e intervir em questões relacionadas com a instituição (Lopes et al., 2009). Este profissional pode, ainda, trabalhar com os idosos individualmente ou em grupo (APA, s.d.; Alcântara, 2004).

A colaboração dos psicólogos com outros profissionais de saúde demonstram diminuir a frequência do uso de medicamentos e a frequente necessidade de recorrer menos a outros profissionais (APA, s.d.; OPP, 2015).

De acordo com os problemas de saúde mental e física que surgem nos idosos e que são frequentemente complexos, os cuidadores informais, formais e as famílias recorrem com frequência aos psicólogos, devido às suas competências em saúde mental e avaliação neuropsicológica. Além disso, os psicólogos também têm a perícia necessária para avaliar e diferenciar os problemas de origem psicológica, como perturbações, demência, ansiedade, entre outros. Estes profissionais podem, ainda, desenvolver

intervenções educacionais psicológicas, incluindo psicoterapias, para ajudar os idosos a lidar com algumas problemáticas que poderão surgir nesta fase das suas vidas, e utilizam a construção de estratégias com o idoso que ajudam a combater as necessidades destes ou a atrasar a evolução de diversas problemáticas (APA, s.d.). Neste sentido, as estratégias precedentes da Psicologia priorizam a manutenção da autonomia e da funcionalidade cognitiva do idoso (Tampi et al., 2011). O psicólogo, além de procurar melhorar a qualidade de vida dos idosos, procura, também, minimizar preconceitos e ideias equivocadas (Santana & Beluco, 2017), uma vez que de acordo com Zimermam (2000), existem alguns fatores que podem diminuir ou atrasar os efeitos da passagem do tempo, sendo estes a continuidade da estimulação mental, a prática de exercício físico, a manutenção de uma alimentação equilibrada, a exposição ao sol, uma atitude positiva perante a vida e o apoio psicológico.

Para que os cuidados ao idoso sejam assegurados, é importante respeitar os direitos fundamentais dos idosos. Parte do trabalho dos psicólogos, sobretudo os que estão ligados às questões sociais ou que trabalham com profissionais assistentes sociais, é ter sensibilidade para compreender o idoso no seu contexto sociocultural (Silva & Arrais, 2015). Estes profissionais podem, ainda, ajudar a compreender e a intervir nos problemas que a solidão, o isolamento e problemas ao nível psicológico causam nos idosos, bem como colaborarem na criação e no desenvolvimento de sistemas de gestão e monitorização da saúde que possibilitem prevenir e tratar a doença e a dor (OPP, 2015).

Além disso, o psicólogo deve auxiliar na melhoria do diálogo e criar uma ligação entre todos os membros da família, dando a possibilidade ao idoso de se continuar a sentir capaz de controlar a sua própria vida. A contribuição do psicólogo promove uma análise de compreensão das experiências da vida, sendo possível verificar que quando o idoso recebe compreensão, afeto e atenção por parte da família, existem consequências significativamente positivas na sua saúde mental, emocional e física (Bertoletti & Junges, 2014). O profissional de psicologia, também, pode oferecer cuidados na saúde dos idosos através de acompanhamento e terapia com os familiares e pessoas próximas ao idoso, o que irá proporcionar a aquisição de informações sobre os cuidados necessários durante esta fase da vida do cuidado, que é a velhice (Tinoco et al., 2015).

Os psicólogos apoiam, também, os cuidadores informais dos idosos dependentes a lidar melhor com as exigências práticas e emocionais advindas do papel de cuidar (APA, s.d.), e ajudam na definição de estratégias para que estes possam lidar com o dia-a-dia e

os sentimentos advindos do processo de cuidar (Tampi et al., 2011). Assim, com outros profissionais de saúde, os psicólogos ajudam os idosos e as suas famílias a superar os problemas, a aumentar o bem-estar e a alcançar o máximo potencial durante a vida (APA, s.d.).

Neste sentido, o campo de atuação do psicólogo engloba diversas técnicas direcionadas para a educação e promoção da saúde, para o diagnóstico precoce e para a prevenção e o tratamento de declínios cognitivos, emocionais e físicos (Tampi et al., 2011) ou seja, estes profissionais possuem competências para realizar avaliação, intervenção, consultoria e investigação. Deste modo, os psicólogos podem contribuir para um envelhecimento ativo, no sentido de rentabilizar o potencial desta fase da vida do idoso, promovendo um estilo de vida saudável e ativo, onde exista envolvimento social com a comunidade envolvente e que lhe permita manter e/ou melhorar a sua qualidade de vida. Os programas de aprendizagem ao longo da vida têm vindo a apresentar muitos resultados benéficos, como melhor envolvimento cognitivo e envolvimento social que são importantes para o envelhecimento bem-sucedido e a satisfação com a vida dos idosos (OPP, 2017).

No estudo de Corrêa e colaboradores (2012), observou-se que os idosos institucionalizados destacam que a importância de ter um psicólogo se relaciona com atividades que os favoreçam, de um modo geral, através de jogos e atividades lúdicas e diretas ou de maneira indireta para o seu bem-estar. Estes também consideram importante a profissão do psicólogo porque os mantém ativos.

De assinalar ainda uma grande procura por especialistas em avaliação e reabilitação de idosos dependentes, independentemente das necessidades evidenciadas ou para orientação aos familiares/cuidadores (Malloy-Diniz et al., 2013; Carameli & Tavares, 2007; Yassuda et al., 2007). Neste sentido, é importante promover oportunidades de formação profissional em Psicologia do Envelhecimento, assim como promover níveis de educação mais elevados, como doutoramentos e pós-graduações, para fazer face ao número crescente de idosos que necessitam destes serviços de apoio (APA, s.d.).

## Capítulo 2 – O Cuidador Informal de Idosos

### 2.1. Definição de Cuidador Informal

Reconhecidos recentemente por um Estatuto legal (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, da Assembleia da República), os cuidadores informais têm estado em destaque nos últimos tempos. Efetivamente, diversas têm sido as iniciativas quer legislativas, quer da sociedade geral na disseminação da importância da função de cuidador informal, das quais se pode destacar o Guia dos Cuidadores Informais, Medida Simplex, 2019, e apresentado ainda no Portal e-Portugal. Elaborado pelo Grupo de Trabalho definido pela Coordenação Nacional para a Rede dos Cuidados Continuados Integrados (CNRNCCI), da República Portuguesa, este guia pretende divulgar informação útil sobre o cuidador e a pessoa cuidada, referindo os direitos e benefícios, bem como as medidas de apoio e serviços.

Não obstante, o seu reconhecimento presente neste importante avanço legislativo e social e do importante papel que os cuidadores informais desempenham, esta é ainda uma função não totalmente compreendida e, sobretudo não muito valorizada na nossa sociedade.

Assinala-se ainda que a definição de cuidador informal não é consensual na literatura, o que dificulta a unanimidade de evidências de uns estudos para outros e a universalização dos conhecimentos (Bastawrous, 2013).

Sequeira (2007), refere que diversos estudos têm vindo a investigar as características dos cuidadores e as consequências de cuidar. Defende que cuidar integra uma dimensão ontológica do ser humano, uma vez que os comportamentos, atitudes e valores que existem no quotidiano manifestam preocupação constante com esta atividade. Neste sentido, cuidar não é apenas mais uma tarefa ou função, é sim uma forma de “estar no mundo”, é um ato de solidariedade que incorpora reciprocidade, complementaridade e respeito. Assim, o ato de cuidar está inserido em todas as culturas diferindo, apenas, na forma como os indivíduos se expressam e realizam esses cuidados (INSERSO, 1995).

A escolha de um cuidador torna-se evidente à medida em que o indivíduo com necessidades precisa de auxílio de terceiros para realizar tarefas de autocuidado, quer na interação com o meio como nas relações interpessoais (Sequeira, 2018). É, neste sentido, que para Hollander e colaboradores (2009) e Sequeira (2018), o cuidador informal é

alguém que não é pago pela função que desempenha, caracterizando-se pelo trabalho que executa e pelo tempo que essa função ocupa. Contraditoriamente, para outros autores, o cuidador informal não se caracteriza por ser ou não pago, mas pela função que executa não se realizar com outra pessoa que não seja o cuidado (van den Berg et al., 2004). De acordo com Lopez-Hartmann e colaboradores (2012), o cuidador informal é, por norma, um familiar ou amigo que toma a responsabilidade de prestar cuidados regulares no domicílio ao idoso com necessidade de cuidados de longa duração.

Pela relevância social que esta situação tem vindo a ganhar na atualidade, constatamos um maior interesse do Estado português para reconhecer o importante papel que os cuidadores informais desempenham. Neste sentido, de acordo com a Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, já referida e a Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro, o cuidador informal é considerado o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao quarto grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta. O cuidador informal pode ser principal, acompanhando e cuidando do idoso de forma permanente, vivendo com este em comunhão de habitação, e não tendo qualquer remuneração pela atividade ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Pode, ainda, ser cuidador informal não principal, executando as mesmas atividades, mas com a diferença que pode ou não receber remuneração pela atividade profissional pelos cuidados que presta ao cuidado idoso. Por sua vez, a pessoa cuidada deve ser titular de complemento por demência de segundo grau ou de complemento por dependência de primeiro grau, desde que se encontre, transitoriamente acamado ou a necessitar do sistema de verificação de incapacidades permanentes, do Instituto da Segurança Social (ISS).

De acordo com o contexto de cuidar, Neri e Carvalho (2002), fazem outro tipo de diferenciação do cuidador informal, sugerindo a existência de uma rede de cuidadores, na qual integram o cuidador primário/principal, o cuidador secundário e o cuidador terciário. O cuidador primário/principal é o que tem a responsabilidade pela prestação de cuidados de forma integral, nomeadamente acompanhar, orientar, supervisionar e/ou cuidar da pessoa cuidada que necessita dos seus cuidados (Neri & Carvalho, 2002; Rocha & Pacheco, 2013), ou seja, este cuidador realiza a maior parte dos cuidados necessários ao cuidado. Por sua vez, o cuidador secundário é o indivíduo que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas que não tem a responsabilidade de cuidar de forma integral do idoso; sendo, maioritariamente, familiares que auxiliam os cuidadores principais. A ajuda prestada por estes não tem de envolver diretamente o cuidar da pessoa cuidada, pode ser a nível económico, de apoio a atividades de lazer, apoio em atividades

sociais, por exemplo. É ainda de destacar, que este cuidador pode substituir o cuidador principal quando este necessita de se ausentar ou, até mesmo, em situações de emergência. O cuidador terciário, poderá ser familiar, amigo ou vizinho próximo sem qualquer responsabilidade pelo cuidado, que auxilia apenas quando solicitado ou muito raramente em situações de emergência.

Maioritariamente, é a família que constitui o grupo primário básico de apoio e que possuiu, a longo prazo, o papel mais importante no cuidado. Shanas (1979), sugere um modelo acerca da existência de uma hierarquia predefinida para a adoção do papel de cuidador (cônjuge, filhos, outros familiares, amigos), denominado de modelo hierárquico compensatório.

Para Rodger e colaboradores (2015), existem fontes de apoio internas e externas aos cuidados. As fontes internas referem-se ao auxílio prestado pelos familiares e/ou amigos, enquanto as fontes externas dizem respeito aos serviços de apoio domiciliário desempenhados por equipas de cuidadores formais.

Neste sentido, habitualmente, o cuidador informal é um membro da família ou alguém muito próximo ao idoso que se responsabiliza pela totalidade dos cuidados de forma direta, na maioria das vezes. Em alguns casos, este papel é desempenhado de forma sistemática e por vezes solitária, sem ajuda direta de outros familiares (Sequeira, 2018).

Assinale-se que a função de cuidador informal pode perdurar por muitos anos, conforme a enfermidade e a idade do cuidado. Neste sentido, pode ser uma jornada incessante, solitária e repetitiva, ainda, muito desgastante, sobretudo quando o cuidador também já é um indivíduo idoso (Duarte et al., 2008).

## **2.2. Características mais comuns do Cuidador Informal**

No que se refere à função de cuidador, esta é, por norma, assumida por uma única pessoa (Falcão, et al., 2016), sendo que a maior parte destes indivíduos são familiares (Pinquart & Sorensen, 2006) que se tornam responsáveis por prestar cuidados às necessidades do idoso. Este papel também pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros, sendo que estes apenas assumem a responsabilidade de cuidar em situações pontuais, quando não existe um elemento da família capaz de assumir o papel de cuidador ou devido à inexistência de família (De La Cuesta, 2004).

Diversos estudos assinalam que o perfil sociodemográfico revela que, predominantemente, os cuidadores são do género feminino (Pereira, 2015; Pinquart &

Sorensen, 2006; Sequeira, 2018) sendo que, muito frequentemente o cuidar recai habitualmente sobre a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras (Sequeira, 2018). Estas, abdicam de uma grande parte das suas atividades sociais para se poderem dedicar aos cuidados do familiar que apresenta necessidades (Falcão et al., 2016).

De acordo com Yee e Schulz (2000), o género tem influência na natureza do cuidar, uma vez que se verifica que as mulheres prestam mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, sendo que, por outro lado, os homens prestam mais cuidados relacionados com a gestão financeira e os transportes.

Num estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), em Portugal, 51,4% dos participantes são cuidadores dos pais, seguindo-se os cônjuges com 18%. Tal como evidenciado em estudos anteriormente referidos, existe uma percentagem de mulheres muito maior face à percentagem de homens que cuidam dos idosos dependentes, 86,6% e 13,4% respetivamente. Os cuidadores são, sobretudo, indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos de idade. É, ainda, importante destacar que neste estudo 54% dos inquiridos está empregado, sendo por isso a atividade de cuidador paralela.

### **2.3. Motivos que Levam um Indivíduo a Assumir o Papel de Cuidador**

A escolha do cuidador nas famílias é algo muito subtil, sendo que as características e experiências pessoais de cada membro da mesma e o contexto em que se encontram têm influência sobre essa escolha. Por exemplo, a existência de um indivíduo na família que se encontre sem atividade ou desempregado poderá influenciar a decisão ao escolher-se um cuidador (Sequeira, 2018).

Wolf e colaboradores (1997), relativamente aos descendentes, afirmam que a escolha do cuidador tem como base a decisão de cada um dos filhos em relação ao cuidar dos pais dependentes, sendo realizada em contexto familiar. Essa tomada de decisão tem ainda em consideração os recursos e necessidades dos idosos dependentes, assim como a disponibilidade de cada um dos filhos (Sequeira, 2018). Por sua vez, a ajuda de amigos ou vizinhos associa-se sobretudo a cuidados esporádicos, por exemplo fazer compras, companhia ou prestar ajudas pontuais em situações de emergência (De La Cuesta, 2004).

Wolf e colaboradores (1997), relativamente aos descendentes, afirmam que a escolha do cuidador tem como base a decisão de cada um dos filhos em relação ao cuidar dos pais dependentes, sendo realizada em contexto familiar. Essa tomada de decisão tem

ainda em consideração os recursos e necessidades dos idosos dependentes, assim como a disponibilidade de cada um dos filhos (Sequeira, 2018). Por sua vez, a ajuda de amigos ou vizinhos associa-se sobretudo a cuidados esporádicos, por exemplo fazer compras, companhia ou prestar ajudas pontuais em situações de emergência (De La Cuesta, 2004).

Outro fator muito importante no papel do cuidador informal é a coresidência, pela proximidade afetiva e física que existe entre o cuidador e o cuidado. Este fator põe em destaque o cuidador informal para desempenhar o seu papel (Penrod et al., 1995). É importante o cuidador e o cuidado morarem juntos sobretudo quando o idoso já apresenta necessidades em que é importante ter sempre alguém a seu lado (Sequeira, 2018).

Cruz e colaboradores (2010), realizaram um estudo em Portugal, no qual constataram que são a tradição familiar, a falta de disponibilidade de outras pessoas, a dependência financeira, os sentimentos dos cuidadores de caridade, dever ou gratidão e o evitar a institucionalização, as motivações que levam os indivíduos a tornarem-se cuidadores. Outros autores, defendem que a escolha deste papel de cuidador acontece de forma informal e por influência de alguns fatores, como a disponibilidade de tempo, a preparação para gerir a situação (Penning & Wu, 2015), a proximidade física e afetiva (Tristão & Santos, 2015) e/ou por escolha do cuidado (Silveira et al., 2006). Para além destes fatores, existem outros que são determinantes para a eleição do cuidador, dado que alguns estudos evidenciam que a cultura, o estatuto profissional e o estado civil dos eventuais cuidadores têm influência na forma como este desenvolve o seu papel de prestador de cuidados (Keefe & Medjuck, 1997).

Alguns estudos assinalam que, por vezes quando o cuidador acredita que deve exercer este papel na decorrência de laços afetivos, tem tendência a compreender a dependência do cuidado como um retrocesso à infância, tratando o idoso de forma infantilizada com recorrência. Contraditoriamente, quando o cuidador exerce esse papel como obrigação, tendencialmente percebe que o cuidado se apresenta em declínio biológico (Moreira et al., 2018). Muitas vezes, os cuidadores baseiam-se em fortes sentimentos de apego emocional, nomeadamente carinho, amor, altruísmo, sensação de dívida para com os cuidados ou crença na obrigação de que têm de cuidar destes (Almeida et al., 2007).

Segundo Santos e Pavarini (2012), o bem-estar do cuidado está relacionado diretamente com o do cuidador, e vice-versa. Assinale-se, ainda, que o avançar das doenças crónicas dos idosos pode representar um fator de risco para o agravamento do desgaste físico, emocional e social experienciado pelo cuidador e pelo próprio cuidado.

O modelo de Knight e Sayegh (2010), destaca o papel das dimensões culturais e étnicas no processo de enfrentar o stresse do cuidador, considerando que existem diferenças nos valores culturais que podem alcançar a experiência de cuidar.

Outro fator que pode influenciar a natureza do cuidador são o tipo de cuidados a prestar, ou seja, o cuidar pode recair sobre áreas diferentes, consoante as necessidades do cuidado dependente. Neste sentido, a gravidade da situação clínica e o tipo de carências do idoso irão determinar a frequência e a intensidade dos cuidados a prestar e ter influência na adoção do papel de cuidador, conseqüentemente (Sequeira, 2018).

Assim, é possível constatar que existem diversos fatores a considerar em conjunto, que concorrem para a adoção e desempenho do papel de cuidador informal (Sequeira, 2018).

#### **2.4. O Papel do Cuidador Informal**

Segundo Garrett (2005), o cuidador de um idoso dependente pode considerar-se o elemento primordial de apoio na intervenção na doença e ainda na permanência do idoso no domicílio. O cuidador ao desempenhar este papel poderá adotar diversas formas, tais como a orientação, a ajuda, a substituição, a vigilância e o apoio. Além disto, em cada contacto deve ser privilegiada uma atitude apropriada, de estima e apreço, existindo preocupação em estimular o idoso, constituindo-se um elemento terapêutico (Sequeira, 2018).

Em função das necessidades do cuidado o papel do cuidador pode ser sintetizado em três grandes áreas, segundo Sequeira (2018), nomeadamente: i) o apoio em termos de informação e orientação, ou seja, ajudar o indivíduo a adquirir conhecimentos para agilizar a prestação de cuidados, orientando para a resolução de problemas específicos e estratégias de *coping*; ii) o apoio instrumental, que integra na prestação de cuidados situações problemáticas e que o indivíduo não consegue resolver autonomamente, sendo todos os cuidados prestados a uma pessoa dependente de forma altruísta; iii) e o apoio emocional, que consiste em relacionar-se e estar com o outro, possibilitar a partilha dos seus pontos de vista e das suas emoções, sendo importante destacar que o apoio afetivo é muito importante para a manutenção da autoestima do cuidado.

É importante realçar ainda que o papel desempenhado pelo cuidador informal é complexo, principalmente derivado ao número de funções que este precisa de desempenhar e se vê confrontado, destacando-se as seguintes: promover a autonomia e a

independência; assegurar um ambiente confortável e um sono adequado, providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso com dependência e os serviços de saúde; promover a participação/envolvimento familiar, adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes; supervisionar a atividade do idoso, promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior; promover a comunicação e a socialização; supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e no exterior da casa); supervisionar, ajudar ou substituir a nível das atividades de autocuidado (por exemplo, higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, etc); supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais; promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto de história de vida, pessoal, religião, etc; e prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e de acordo com as orientações dos profissionais de saúde que assistem o cuidado (Sequeira, 2018).

Todas estas tarefas que o cuidador desempenha fazem com que o cuidado ao idoso seja contínuo e rotineiro, sobretudo quando a saúde do idoso dependente piora. Como tal, é exigido aos cuidadores cada vez maior dedicação, empenho e paciência, dado que o cuidador informal passa a comandar e a viver a vida do idoso dependente. Em estudos realizados sobre cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, na perspetiva do cuidador informal, a maioria das vezes a linha que divide a vida do cuidador da do idoso começa a tornar-se impercetível, uma vez que o cuidador tem tendência a vivenciar a vida do idoso dependente com maior intensidade com o intuito de não lhe deixar faltar nada (Garces et al., 2012).

Em muitos contextos, o cuidar abrange a prestação de cuidados diretos salientando, a nível das atividades de vida diária, as tipologias seguintes: i) a preocupação de que a saúde do cuidado se deteriore cada vez mais, sendo que esta surge em situações onde o cuidado não desempenha corretamente uma determinada função e daí resultar consequências negativas para a sua saúde, assim o cuidador apercebe-se que as capacidades do idoso estão a diminuir e de que o risco de acidente é real; ii) a orientação, em que o cuidado necessita do auxílio de terceiros para realizar determinada tarefa, implicando a existência de uma incapacidade para a realizar de forma autónoma; iii) a supervisão, que compreende a vigilância necessária do cuidador quando se constata que o cuidado poderá apresentar dificuldades no desenvolvimento de algumas tarefas, sendo esta vigilância uma forma de precaução de segurança como forma a evitar que existam consequências que prejudiquem a saúde do idoso; iv) a ajuda parcial, que acontece quando o cuidado não consegue realizar na totalidade determinada tarefa, obrigando ao

auxílio parcial do cuidador, sendo que esta apenas deve ocorrer quando os tipos anteriores não forem a melhor resposta para o idoso, constatando-se que é um apoio complementar na realização de determinada tarefa, sendo esta determinante para a manutenção da satisfação das necessidades do cuidado e para a estimulação das suas capacidades; v) e a substituição, que apenas acontece quando é necessária a substituição total para o desempenho de uma tarefa específica, que tenha como objetivo proporcionar ao idoso o máximo de bem-estar, visando a satisfação das suas necessidades (Sequeira, 2018).

Neste sentido, o desempenho do papel do cuidador informal depende do tipo/frequência da necessidade de cuidados, do contexto do cuidador e do contexto em que o cuidado dependente está inserido. O tipo/frequência da necessidade de cuidados diz respeito à saúde, ao estado cognitivo, às alterações da comunicação/relação, às alterações psicocomportamentais, ao estado funcional, entre outros. Por sua vez, o contexto do cuidador integra diversas variáveis, como a disponibilidade, as condições psicológicas, a sensibilidade, a saúde física, as relações afetivas, etc. O contexto em que o idoso dependente está inserido abrange as condições habitacionais, os meios económicos de que dispõe, o tipo de ajudas, entre outros (Sequeira, 2018).

Gaioli e colaboradores (2012), referem que a ajuda recebida pelo cuidador informal por parte de outros familiares, amigos ou profissionais especializados é importante para o desempenho do seu papel de cuidadores, assim como para fortalecer o sentimento de apoio e envolvimento.

Quando o próprio cuidador começa a desenvolver alguns problemas de saúde, por estar, também, a envelhecer, justifica-se a necessidade de existirem mais pessoas a auxiliar a prestação de cuidados ao idoso (Gaioli et al., 2012). Segundo Garces e colaboradores (2012), muitas vezes a deterioração da saúde do cuidador informal constitui importante preditor de institucionalização do idoso dependente. E, quando isto acontece, na literatura são referidos os casos em que também a saúde do próprio idoso se deteriora mais.

## **Capítulo 3 - Necessidades, Sobrecarga, Resiliência, Otimismo e o Cuidador Informal**

### **3.1. O Cuidador Informal e as suas Necessidades**

Sobre esta temática, a literatura científica realça que o papel do cuidador não envolve apenas a parte técnica, mas também a gestão emocional. Como tal, muitos cuidadores enfrentam diversos obstáculos provenientes do seu papel, podendo apresentar diversas necessidades advindas desta atividade (Araújo, 2015). Segundo Santos (2008), as dificuldades mais destacadas focalizam-se, sobretudo, ao nível das dimensões pessoais, psicológicas, físicas, financeiras e sociais.

Constata-se de facto, que os cuidadores assinalam que a nível pessoal ficam muitas vezes sem tempo para si próprios, assim como para as pessoas que lhes são próximas e para a realização de atividades culturais e sociais (Sequeira, 2010; Isaac, et al., 2010). Também, Rodger e colaboradores (2015), destacam a gestão do tempo como uma dificuldade, pois o cuidador informal tem de articular o tempo para si, para o cuidado e para a família, e quando não consegue fazer esta gestão tem de lidar ainda com a sua frustração. A nível físico, o agravamento do estado de saúde do idoso ou a fadiga sentida pelo cuidador podem causar entraves à prestação de cuidados. A nível psicológico, as dificuldades apresentadas podem ser sentimentos de solidão, prisão ou tristeza e o aumento do stresse. Por sua vez, o custo do serviço de apoio domiciliário e outras despesas podem constituir-se também como importantes dificuldades ao nível financeiro (Cruz et al., 2010). Além disto, existem também cuidadores que afirmam ter dificuldade de acesso às fontes de apoio externo, como o apoio domiciliário, constituído por equipas de cuidadores formais (Andrade, 2009; Rodger, et al., 2015). A nível social podem, ainda, referir-se à existência de dificuldades na aquisição de ajudas técnicas (por exemplo: camas, cadeiras, entre outros) (Cruz et al., 2010). Às vezes, também a própria família impõe dificuldades, levando ao surgimento de entraves na relação com o cuidador. O excesso de trabalho, a falta de tempo para tarefas e cuidados do próprio cuidador, bem como a falta de tempo para si, para poder descansar ou usufruir de algumas atividades sociais e de distração são outras necessidades apresentadas (Araújo, 2015).

Não obstante tal, e se relativamente à atividade profissional, alguns cuidadores conseguem manter o seu emprego, sem enfrentar ajustes ou limitações, no entanto, nem

todos o conseguem e necessitam fazer algumas adaptações ou até mesmo abdicar da sua atividade profissional para poder exercer a tarefa de cuidar do idoso dependente (Sequeira, 2010; Isaac et al., 2010).

Neri e Carvalho (2002), referem que muitas mulheres assumem a responsabilidade pelo cuidar mesmo em situações em que mantém a sua atividade profissional, o que tem implicações óbvias noutras áreas, como por exemplo uma diminuição das atividades de lazer e da vida social.

Também o estudo realizado, em Portugal, pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), refere que os participantes destacam como principais desafios e dificuldades associados ao papel que desempenham, dificuldades aos níveis emocional/psicológico com muita relevância (64,6%), social (59,1%), financeiro (51,8%), laboral (59,1%), relativo à formação/capacitação do cuidador informal (51,8%) e outros recursos humanos (64,6%). Quando questionados sobre o tipo de ajuda que faria a diferença na sua situação em particular, os participantes referiram auxílio na prestação dos cuidados (46,9%), apoio financeiro (39,6%) e apoio psicológico (13,5%).

### **3.2. A Sobrecarga e o Cuidador Informal**

A sobrecarga é, também, uma das características que os cuidadores podem apresentar. O conceito de sobrecarga tem sido usado para nomear problemas emocionais, físicos, sociais e financeiros vividos pelos cuidadores de idosos dependentes. Essa sobrecarga é descrita como uma dificuldade que resulta do lidar com a incapacidade psicológica do idoso que é alvo da atenção e dos cuidados, com a dependência física e em relação à perceção subjetiva das ameaças relativamente às necessidades psicológicas, fisiológicas, sociais e financeiras do cuidador (Martins, 2006).

Segundo Sequeira (2010), este conceito diz respeito ao conjunto de consequências que podem surgir no decorrer do contacto próximo com um doente ou idoso dependente com ou sem demência. Este investigador destaca, também, que este fator está associado à diminuição da qualidade de vida do cuidador.

Podem distinguir-se duas dimensões na sobrecarga do cuidador informal, nomeadamente a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva diz respeito a aspetos concretos observáveis e quantificáveis, ou seja, refere-se à situação de saúde em que se encontra o idoso dependente e à forma como esta situação influencia o dia-a-dia do cuidador (como por exemplo: a vida social, a saúde física, o emprego, a

situação financeira). Por sua vez, a sobrecarga subjetiva refere-se às atitudes, reações emocionais e sentimentos do cuidador em relação à experiência de cuidar (Sequeira, 2010).

Na literatura, vários estudos, associam a sobrecarga subjetiva à depressão, à ansiedade e à saúde física. Neste sentido, se existir uma maior prevenção de sobrecarga subjetiva, aumentar-se-á a prevenção destas consequências (Pino-Casado et al., 2011).

A sobrecarga sentida pelo cuidador informal tem como sinónimo o stresse e, também, a fadiga, referindo-se à existência de dificuldades, problemas ou acontecimentos adversos que afetam a vida do cuidador de idosos dependentes (Cassis et al., 2007). Segundo diversos estudos, o stresse é considerado uma das queixas mais evidenciadas pelos cuidadores (Caldeira & Ribeiro, 2004; Cassis et al., 2007; Cruz & Hamdan, 2008).

De acordo com Barreto (2005) e Duarte e colaboradores (2008), os cuidadores informais estão sujeitos a uma forma de stresse especial, fadiga e depressão que se caracteriza por tensão permanente, falta de tempo para cuidar de si e para dormir, isolamento social e esforço físico. Para Limpawattana e colaboradores (2012), a sobrecarga vivida pelo cuidador informal está associada aos problemas psicossociais, físicos e financeiros que sucedem do cuidar de familiares que enfrentam uma condição de saúde.

Quando a sobrecarga de trabalho não é dividida com outros membros da família ou do núcleo mais próximo ao cuidado, o cuidador, progressivamente, pode ir-se distanciando do seu mundo e tem tendência a viver uma rotina na qual evita pensar, enfrentando, por vezes, momentos de esgotamento ou de desespero, sendo comum verificar-se quadros de depressão nos cuidadores de idosos com elevada dependência, maioritariamente nas demências (Barreto, 2005).

Segundo Vieira e colaboradores (2011), as tarefas de cuidar exigem bastante tempo ao cuidador, sendo que estes se sentem muito ocupados e o tempo livre para si, para os restantes familiares e, até mesmo, para os amigos fica muito limitado, podendo gerar sobrecarga emocional, física e social. Também, Rodger e colaboradores (2015), destacam que quando o cuidador não consegue gerir o tempo para todas as tarefas que tem de desempenhar, se sente frequentemente frustrado, o que juntamente com outros fatores pode originar sobrecarga. O acumular da sobrecarga deteriora a saúde, criando mau estar e piorando o estado de saúde física e emocional do cuidador (Garces et al., 2012).

Neste sentido, são diversos os estudos que têm apontado para uma elevada precariedade da condição de saúde física e psicológica dos cuidadores, bem como elevada morbidade que estes apresentam em comparação com outras pessoas que não estão sujeitas a sobrecarga igual (Barreto, 2005).

No estudo realizado por Ricarte (2009) e no estudo de Pereira (2015) é constatado que a sobrecarga experienciada pelos cuidadores acontece sobretudo no género feminino. É ainda assinalado que, os filhos dos cuidados demonstram maiores níveis de sobrecarga comparativamente aos cônjuges (Pereira, 2015). Os cuidadores com idades entre os 50 e os 89 anos de idade apresentam também níveis de sobrecarga mais elevados, assim como os cuidadores casados e os que têm menos habilitações literárias (Ricarte, 2009). Também Amêndola e colaboradores (2008) e Gratão (2012) afirmam nos seus estudos que pessoas mais velhas parecem estar mais suscetíveis à sobrecarga. No entanto, os cuidadores informais mais novos podem apresentar maior isolamento e maiores limitações sociais.

Noutra perspetiva, no estudo de Fernandes (2009), os resultados mostram que a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos não é influenciada pelas características sociodemográficas do cuidador, nem pelo rendimento mensal ou pelo apoio domiciliário, mas sim pelo grau de dependência do idoso cuidado.

A duração do papel de cuidador parece, também, estar associada à sobrecarga sentida pelo mesmo. Neste sentido, é apresentado que o aumento da sobrecarga leva à perceção de maiores necessidades de apoio psicológico (Pereira, 2015).

Araújo (2015) e Garces e colaboradores (2012), verificaram nos seus estudos que quantas mais horas o cuidador dedica ao cuidado, maior será a sobrecarga emocional. Estes investigadores também constataram que, quando os cuidadores recebem ajuda externa, experienciam menos sobrecarga comparativamente aos cuidadores informais que não recebiam auxílio de qualquer ajuda externa.

Ricarte (2009), também verificou que quanto maior for o nível de dependência do idoso nas atividades do dia-a-dia maior é o nível de sobrecarga do cuidador.

Também Andrade (2009), num estudo sobre os cuidadores, interrogou os participantes acerca dos fatores de sobrecarga inerentes ao seu papel, sendo que estes destacaram: i) o aumento da quantidade/intensidade dos cuidados prestados ao idoso cuidado; ii) ter mais do que uma pessoa a seu cargo; iii) o grau de dependência do idoso; iv) a falta de colaboração do idoso nas atividades diárias; v) a falta de conhecimentos acerca da evolução da situação de saúde do idoso; vi) a falta de conhecimento sobre as técnicas relativas ao cuidar; vii) o isolamento social; viii) os conflitos familiares; ix) a

falta de apoio formal e informal; x) os insuficientes recursos económicos; xi) a dificuldade em aceitar o papel de cuidador; xii) e a idade do cuidador.

Na revisão da literatura desenvolvida por Pereira e Filgueiras (2009), para além dos anteriormente referidos são acrescentados ainda os seguintes fatores: a escolaridade e a vida profissional do cuidador, o impacto na saúde e bem-estar do cuidador, o impacto a nível financeiro, laboral e social e as alterações cognitivas e comportamentais do cuidado.

Alguns estudos consideram que os grupos de apoio e a psicoterapia podem ser ferramentas importantes para auxiliar os cuidadores a enfrentarem as suas incertezas e angústias (Duarte et al., 2008).

### **3.3. A Resiliência e o Cuidador Informal**

O conceito de resiliência é utilizado em diferentes ações sociais, de saúde e educativas que integram indivíduos de todas as idades, desde a infância até à terceira idade. De assinalar que este conceito está ligado ao desenvolvimento e crescimento humano (Melillo & Ojeda, 2006).

Segundo Garces e colaboradores (2012), a resiliência é um resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais sendo, por isso, algo complexo uma vez que estes podem funcionar com fatores de risco ou de proteção para as pessoas. Como tal, algumas pessoas apresentam-se resilientes em determinados momentos das suas vidas e noutros não, porque quando mudam as circunstâncias também a reação do indivíduo pode mudar. Neste sentido, em qualquer momento da vida, o indivíduo a pessoa pode ou não se apresentar resiliente, até porque este não é um construto universal que se aplique em todas as áreas do funcionamento humano, por ser um procedimento multifatorial, dinâmico e multidimensional, além de que não pode ser considerado como uma vacina que inoculada protege por longos períodos (Martins, 2018).

Para alguns investigadores a resiliência é conceptualizada como uma característica da personalidade que modera os efeitos negativos do stresse e que promove uma melhor adaptação (Ahern et al., 2006), ou como uma habilidade ou estratégia que leva os indivíduos a superarem as adversidades ao longo da vida, adaptando-se, recuperando-se, e transformando as suas próprias vidas (Yunes & Szymanski, 2008). Para outros, ainda é entendida como um processo que permite a reorganização após a vivência de períodos de crise, proporcionando aos indivíduos fortalecimento para enfrentarem com mais eficácia as situações de adversidade (Ungar, 2008; Walsh, 2003). Segundo Dias e colaboradores

(2015), a resiliência é definida como uma adaptação positiva para encarar as adversidades, possuir bem-estar psicológico, uma vida saudável, força, flexibilidade, satisfação com o apoio social e rede social.

De acordo com Sun (2014) e Wilks e colaboradores (2011), a resiliência pode ser entendida como uma força, uma estratégia e um conjunto de competências utilizadas num contexto específico por um indivíduo para lidar com deliberado acontecimento adverso.

O'Rourke e colaboradores (2010), destacam três construtos para compreender a resiliência, nomeadamente o compromisso com a vida, uma vez que pessoas resilientes têm tendência a envolverem-se plenamente nas atividades diárias; seguidamente, as pessoas resilientes gostam de desafios e preferem mudanças em vez de estabilidade, os acontecimentos e experiências de vida proporcionam oportunidades de desenvolver competências e autoconhecimento; e, por último, a resiliência implica a perceção de controlo, o que resulta num sentido de autonomia pessoal e crença em poder comandar diretamente o curso dos eventos da vida.

A resiliência é, assim, um construto complexo, uma vez que envolve a interação entre os acontecimentos adversos da vida e os fatores individuais internos e externos (Fernández-Lansac, et al., 2012; Pesce et al., 2005).

Neste contexto, o comportamento resiliente surge como essencial, tanto para o cuidador, como para o cuidado (Lopes & Massinelli, 2013; Ong et al, 2018). Com o intuito do cuidador conseguir realizar as atividades que a rotina do cuidado exige, é necessário que este desenvolva atitudes que lhe permita suportar a sobrecarga das tarefas, através de atitudes positivas e resilientes em relação à situação (Garces et al.,2012).

Bekhet (2013), concluiu no seu estudo que os acontecimentos positivos são fatores de proteção para os cuidadores de pessoas com dependência e que, as cognições positivas e os padrões de pensamento positivos melhoram a saúde mental e a capacidade de gerir as atividades do dia-a-dia.

A revisão sistemática de Manzini e colaboradores (2016) em que procuraram identificar fatores associados ao desenvolvimento da resiliência nos cuidadores familiares de pessoas com demência e os desfechos da resiliência para o cuidador e o cuidado, revelam que a resiliência esteve mais frequentemente associada a sintomas de depressão do cuidador (38%), seguida pela sobrecarga do cuidador (31%) e ao uso de medicamentos (23%). O grau de parentesco com o idoso, a raça negra, as condições de saúde, os hábitos de vida e a satisfação com a vida parecem ter influência na resiliência dos cuidadores (15% dos estudos). A ansiedade, a autoeficácia, a autoestima, o cansaço, o desânimo, o

enfrentamento, o esgotamento, o estado emocional, o estado físico, o stresse, a extroversão, a idade, o neuroticismo, os recursos sociais/familiares, a satisfação com o suporte social, as condições socioeconómicas, o suporte psicológico e o tratamento médico surgiram com percentagem semelhante (8%).

Muitos estudos apresentam resultados de baixa resiliência manifestada pelos cuidadores informais (Borsie et al., 2016; Vaingankar et al., 2016), no entanto os cuidadores também podem revelar retornos positivos e elevada satisfação ao prestar este tipo de cuidado (Gray et al., 2016). Estudos assinalam que os cuidadores que apresentam baixos níveis de resiliência experimentam maiores níveis de sobrecarga e stresse, mesmo que o idoso necessite de menores cuidados. Contrariamente, os cuidadores com níveis elevados de resiliência experimentam baixos níveis de sobrecarga e stresse, mesmo que o idoso necessite de muitos cuidados (Gaugler et al., 2007).

Também o estudo de Dias e colaboradores (2015) com cuidadores de pessoas com demência evidenciou que níveis mais elevados de resiliência se relacionam com percentagens mais baixas de depressão e melhor saúde física. Concluíram ainda que o apoio social aos cuidadores é fator moderador da resiliência, pois uma variedade de tipos de apoio parece aliviar a sobrecarga física e mental causada pelo stresse.

No mesmo sentido, Garces e colaboradores (2012), no estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a resiliência de cuidadores de idosos com Alzheimer sugerem que, embora a maioria dos cuidadores tivesse probabilidade de desenvolver perturbações psiquiátricas, os mesmos mostraram elevada disposição para a resiliência, confirmando serem capazes de enfrentar as adversidades que a doença de Alzheimer pode trazer.

A resiliência, também, ajuda os cuidadores a manter a sua estabilidade física e psicológica, promovendo a prestação de cuidados e proporcionando melhor saúde e qualidade de vida ao cuidado (Gaioli et al., 2012; Lopes & Massinelli, 2013).

Alguns estudos, verificam que níveis mais elevados de resiliência estão associados a fatores psicológicos como as estratégias de sobrevivência (Sun, 2014; Wilks et al., 2011), o otimismo, a autoeficácia, o *locus* de controlo interno (Contador, et al., 2012), entre outros. E, também se podem associar a fatores biológicos, nomeadamente menor incidência para desenvolver depressão (Lavretsky et al., 2010; O'Rourke et al., 2010) e melhor saúde física (Fernández-Lansac et al., 2012; Gaioli et al., 2012). Consequentemente, a resiliência parece conceptualizar-se como um processo dinâmico que decorre das interações entre os fatores biológicos e psicossociais. Este processo envolve adaptação fisiológica ao stresse, estratégias de sobrevivência eficazes,

redefinição cognitiva da experiência e adaptação psicológica (Contador et al., 2012; Gaioli et al., 2012; Lavretsky et al., 2010; Wilks et al., 2011).

É importante, ainda, realçar que o apoio social pode ser um aliado chave para uma elevada resiliência (Ong et al., 2018), uma vez que, este pode ajudar o indivíduo a desenvolver uma maior resistência ao stresse e a proteger-se psicologicamente (Ozbay et al., 2007). Ter alguém que apoie e com quem se pode partilhar as preocupações e emoções pode ser essencial para a manutenção do bem-estar mental e emocional do cuidador (Chen et al., 2013).

Nesta perspetiva, diversos estudos defendem que existe uma associação positiva entre níveis mais elevados de resiliência e fatores sociais, destacando o suporte e o apoio social (Brandão et al., 2011; Fernández-Lansac et al., 2012; Lopes & Massinelli, 2013; Reppold et al., 2012), a satisfação com esse apoio e os recursos individuais, familiares e comunitários (Reppold et al., 2012).

Ao nível afetivo, alguns estudos sugerem que as emoções positivas podem, também, ser benéficas, nomeadamente quando o indivíduo se confronta com longos períodos de stresse, uma vez que as emoções positivas podem apoiar o bem-estar, não só interrompendo o stresse diário sentido, mas também evitando dificuldades de adaptação em relação a novas fontes de stresse (Ong et al., 2009).

Garces e colaboradores (2012), referem no seu estudo que os cuidadores evidenciaram que a resiliência reduz a intensidade do stresse e os sentimentos negativos (como por exemplo, a depressão, a ansiedade ou a raiva), aumentando, em contrapartida, a saúde emocional. Sugerem, ainda, que a resiliência é importante não só para enfrentar as adversidades, mas também para promover a saúde emocional e mental dos cuidadores. Estes investigadores revelam que existe uma associação significativa entre resiliência e envelhecimento, o que indica que a resiliência é desenvolvida à medida que a pessoa envelhece.

No estudo de Lopes e Massinelli (2013), foi possível concluir que os cuidadores que revelam maior resiliência têm uma capacidade de adaptação psicossocial positiva perante situações adversas aliadas ao apoio familiar, social e financeiro, sendo que estes amenizam a sobrecarga física e emocional, permitindo aos cuidadores informais tornarem-se mais fortes para enfrentar desafios e menos vulneráveis a problemas de saúde e, ainda e, muito importante mais capazes de oferecer aos idosos dependentes uma assistência de melhor qualidade.

Neste sentido, a resiliência pode ser uma variável chave que explica a capacidade dos indivíduos para lidar com os desafios e limitações provenientes da prestação de cuidados aos seus idosos (Tugade & Fredrickson, 2004).

### **3.4. O Otimismo e o Cuidador Informal**

O otimismo pode ser entendido como uma tendência estável de um indivíduo para acreditar que lhe irão ocorrer situações positivas ou boas em vez de acontecimentos negativos ou maus (Ottati & Noronha, 2017). Carver e Scheier (2001), complementam esta ideia, referindo que o otimismo pode ser definido como a tendência ou expectativa generalizada das pessoas para esperarem resultados positivos ou favoráveis nas suas vidas.

Apesar de alguma simultaneidade conceptual com a autoeficácia, alguns autores como Gillham e colaboradores (2001), consideram que o otimismo é um conceito amplo que inclui, além da crença na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar determinados objetivos, a expectativa de obter os resultados desejados dessas ações e de conseguir alcançar resultados positivos no futuro. Ao esperarem bons resultados, as pessoas otimistas esforçam-se para alcançar as suas metas com a confiança de que as conseguirão concretizar e são perseverantes perante dificuldades com que se possam debater durante esse processo (Carver & Scheier, 1998).

Scheier e colaboradores (1994), consideram que o otimismo e o pessimismo são expectativas generalizadas sobre os acontecimentos da vida dos indivíduos, expectativas consideradas como disposições estáveis, ou seja, características de cada pessoa. O otimismo também pode ser considerado como unidimensional e bipolar, o que significa que se trata de um único atributo com dois extremos que podem variar entre o otimismo e o pessimismo.

A explicação que os indivíduos atribuem aos acontecimentos que lhes acontecem, se os percebem como positivos ou negativos, será o que determinará se se trata de uma pessoa otimista ou não. Aquelas que atribuem aos acontecimentos explicações permanentemente positivas, inespecíficas e internas são consideradas pessoas otimistas. Por outro lado, as pessoas pessimistas percebem os sucessos positivos como temporais, específicos e externos, e não dão importância ao seu esforço pessoal como causa do sucedido (Carver & Scheier, 2002; Ortín et al., 2011).

Para Carver e Scheir (2014), o otimismo é uma construção cognitiva que, também, se relaciona com a motivação. As pessoas otimistas exercem esforço, em contrapartida as pessoas pessimistas afastam-se do esforço. De referir que para estes investigadores, o otimismo começou a ser estudado, grande parte, em contextos de saúde, associando positivamente ao otimismo a melhor saúde física e psicológica. Mais recentemente, o estudo científico do otimismo estendeu-se ao domínio das relações sociais, sendo que novas provas revelam que pessoas mais otimistas têm melhores ligações sociais.

A literatura defende que as definições sobre o otimismo estão relacionadas com as expectativas dos indivíduos quanto ao futuro, implicando acreditar em acontecimentos positivos (Carver & Scheier, 2014). Os indivíduos mais predispostos ao otimismo, mesmo quando enfrentam dificuldades e obstáculos têm tendência a continuar a acreditar que conseguirão alcançar os seus objetivos e mantêm os esforços para alcançá-los (Carver, et al., 2010). Assim, pode considerar-se que o otimismo é uma característica que influencia o bem-estar subjetivo, a forma como os indivíduos procuram os seus objetivos e define um padrão de resposta focado em enfrentar as adversidades, mesmo que a pessoa não consiga evitar os sentimentos negativos que decorrem dessas adversidades (Segerstrom et al., 2017). De acordo com Ottati e Noronha (2017), o otimismo é encarado como uma disposição do indivíduo, relativamente estável em relação às situações da vida.

Márquez-González e colaboradores (2009), chegaram à conclusão, através do seu estudo, que o otimismo dos cuidadores informais de idosos apresenta um efeito tanto simples como completo sobre o seu bem-estar psicológico. Ou seja, o otimismo apresenta efeitos psicológicos saudáveis para os cuidadores, independentemente da intensidade e da frequência do stresse causado pelo cuidar. Estes autores, defendem ainda que o otimismo atenua o impacto causado pelo stresse e pelas situações adversas causadas pelo cuidar, diminuindo a tendência depressiva que pode existir nos cuidadores. Assim, o efeito psicológico de uma das principais fontes de angústia para os cuidadores informais parece ser atenuado pelo otimismo ou por uma tendência geral de esperar resultados positivos na vida. Em contrapartida, para os cuidadores informais com pouco otimismo, a perceção de angústia é maior, estando associada a um aumento significativo na sua sintomatologia depressiva.

Em contexto de cuidado ao idoso, a variável otimismo tem mostrado efeito positivo sobre os aspetos negativos produzidos pela sobrecarga de cuidados diários (Mackay & Pakenham, 2011).

De referenciar os estudos desenvolvidos por Ribeiro e Veiga-Branco (2014) e Bjuggren e Elert (2019) que defendem existir diferenças no otimismo tendo em consideração o género, sendo que o género masculino regista um nível de otimismo mais elevado.

Contador e colaboradores (2012), realizaram um estudo no qual comprovaram que o otimismo promove o bem-estar e reduz as consequências negativas nos cuidadores informais de idosos dependentes. Além disso, argumentam que o otimismo apoia a construção da resiliência, uma vez que impulsiona a utilização de estratégias para a resolução de problemas e os indivíduos têm maior capacidade para enfrentar situações adversas, o que pode levar à diminuição da vulnerabilidade vivida pelos cuidadores. Estes investigadores, constataram, ainda, que cuidadores informais otimistas são menos vulneráveis à sobrecarga e ao impacto negativo de cuidar de idosos com dependência. Também Carver e Scheier (2014), verificaram no seu estudo que as pessoas mais otimistas estão mais focadas no problema e nas estratégias necessárias para enfrentar esse problema.

Em concordância com o estudo anterior, Contador e colaboradores (2015), averiguaram que o otimismo pode neutralizar os efeitos negativos do stress, tais como a sobrecarga e a depressão. Os cuidadores informais que apresentam níveis de otimismo mais elevados apresentam menos emoções negativas durante o processo de cuidar. Além disto, procuraram perceber se o otimismo influencia a possibilidade de institucionalização dos cuidados, constatando que o otimismo pode influenciar a permanência do cuidado no domicílio.

Ruisoto e colaboradores (2019), através do seu estudo puderam verificar que o otimismo é um preditor significativo de qualidade de vida, uma vez que esta variável protege os cuidadores dos efeitos negativos para a sua saúde física e mental, assim como diminui os efeitos da sobrecarga experienciada pelos cuidadores informais de idosos dependentes.

Neste sentido, o otimismo parece favorecer a adaptação às situações adversas da vida (Scheier, 1992) e associa-se positivamente à saúde física e mental das pessoas (Hooker et al., 1992).

Face a estes resultados evidenciados na literatura, diversos investigadores têm vindo a recomendar a implementação de programas psicoeducacionais como uma estratégia para fornecer informações, formação e apoio aos cuidadores informais de idosos dependentes (Monahan, 2011; Thompson et al., 2007), embora a literatura também

evidencie níveis muito baixos de participação em tais programas, atendendo a diversas várias barreiras (Abreu et al., 2015; Cherry, 2012). Abreu e colaboradores (2015) assinalam que as barreiras mais apontadas como dificultadoras para a participação de cuidadores informais nestes programas incluem desde dificuldades com transporte, custos, falta de tempo, os próprios problemas de saúde dos cuidadores e ainda a falta de consciência da necessidade de treino específico.

Decorrente do explanado anteriormente, pode constatar-se que a função de cuidador informal de idosos, pelas exigências que coloca pode conduzir a grande vulnerabilidade e grandes necessidades que acabam por sobrecarregar o cuidador, sendo que a literatura da área tem evidenciado que a resiliência e o otimismo se podem constituir como importantes fatores de proteção, permitindo que o cuidador possa apresentar uma saúde mais adequada e um maior equilíbrio emocional.

## **PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO**

## **Capítulo 4 - Definição da Problemática, Questões de Investigação e Objetivos**

### **4.1. Definição da Problemática e Questões de Investigação**

Tal como foi evidenciado anteriormente, os cuidadores informais de idosos detêm uma grande responsabilidade ao cuidarem de outra pessoa, nomeadamente da pessoa idosa, que apresenta determinadas dificuldades para realizar de forma normal as atividades diárias necessárias para o seu bem-estar. De acordo com a literatura, é possível constatar que os cuidadores informais podem apresentar diversas necessidades (por exemplo, financeiras, emocionais, físicas, etc), podem estar sujeitos, também, a elevados níveis de sobrecarga. É possível, ainda, que a resiliência e o otimismo tenham influência na forma como os cuidadores lidam com as situações adversas que vão surgindo, advindas deste papel.

Constata-se assim que, enquanto alguns cuidadores apresentam grandes necessidades e sobrecarga, outros, pelo contrário, conseguem evidenciar resiliência e superar com otimismo as dificuldades que encontram.

Face ao exposto, considerámos o problema que fundamenta a presente investigação:

- Qual a capacidade de resiliência e de otimismo do cuidador informal de idosos dependentes, face às dificuldades da função de cuidar?

Decorrente deste problema, poder-se-á questionar ainda: Quais as principais necessidades que os cuidadores informais de idosos com dependência apresentam? Será que se encontram com sintomas de sobrecarga? E, se se encontram com sobrecarga, a que níveis esta se manifesta? Será que os cuidadores informais apresentam resiliência e otimismo? Quais os fatores de proteção que podem ajudar a que os cuidadores informais de pessoas idosas consigam gerir a atividade de cuidar dos seus idosos menos sobrecarga, mais otimismo e mais resiliência? Será que a resiliência e o otimismo se constituem como variáveis protetoras para estes cuidadores?

### **4.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

A presente investigação tem como objetivo conhecer e analisar o perfil e as características dos cuidadores informais de idosos com algum grau de dependência. Neste

sentido, pretende-se ainda estudar as necessidades experienciadas por cuidadores informais, analisar se apresentam ou não sintomas de sobrecarga, ou se pelo contrário estão a conseguir gerir com resiliência e otimismo o ter a seu cargo idosos com dependência e analisar as relações entre estas variáveis.

Como objetivos específicos, pretende-se, através da perspetiva dos cuidadores informais:

- i. Descrever as suas principais características, as suas necessidades ao nível de algumas características psicológicas e perceção de recursos pessoais;
- ii. Avaliar a sobrecarga e a que níveis se apresenta;
- iii. Analisar a sua resiliência e otimismo para enfrentar as dificuldades relacionadas com o cuidado;
- iv. Verificar de que forma as características sociodemográficas (género, idade, escolaridade, número de horas diário despendido ao cuidado, estado de saúde atual e bem-estar psicológico atual) têm influência nas variáveis em estudo;
- v. Analisar as relações entre as variáveis necessidades, sobrecarga, resiliência e otimismo, bem como a influência entre variáveis.

## Capítulo 5 - Metodologia

### 5.1. Metodologia da Investigação

#### 5.1.1. Tipo de Estudo

A investigação estrutura-se numa abordagem exploratória, descritiva e quantitativa, com um desenho transversal e de tipo descritivo-correlacional (Fortin, 2009). Neste sentido, integra a aplicação de questionários e escalas que pretendem avaliar as variáveis propostas, ou seja, descrever as características da amostra, efetuar o levantamento das suas opiniões e atitudes tendo em consideração os objetivos de estudo delineados.

#### 5.1.2. Seleção e caracterização da amostra

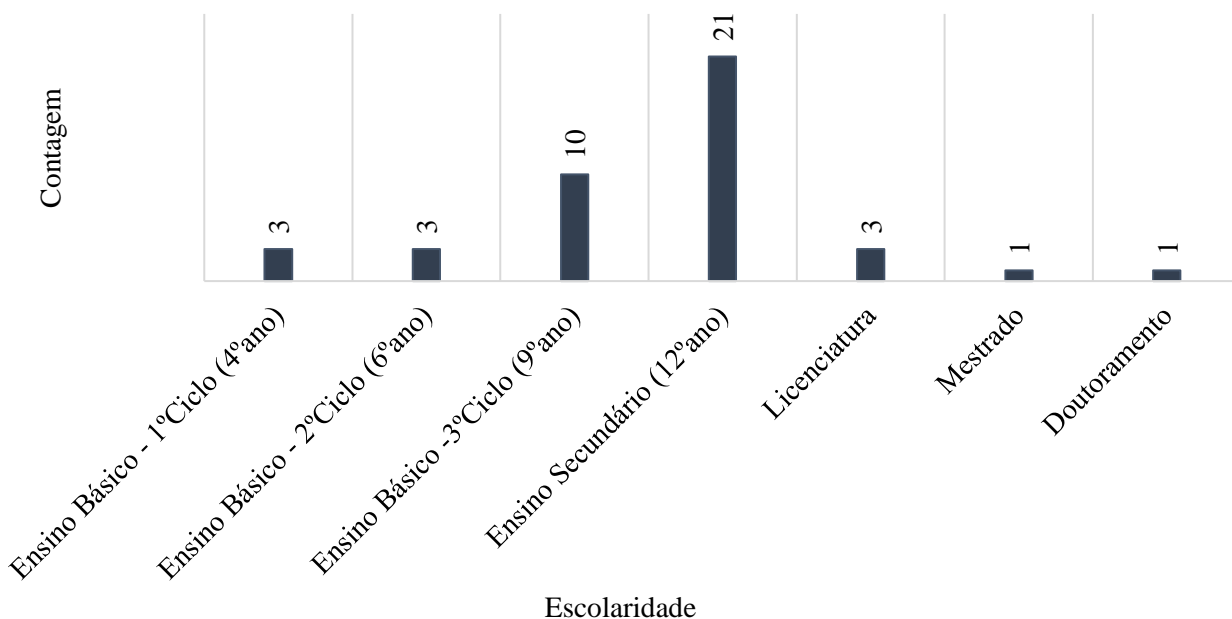
A amostra do presente estudo é constituída por cuidadores informais de idosos dependentes, obtida de forma não-probabilística, intencional e por conveniência. Utilizou-se ainda a metodologia tipo bola de neve (*snowball sampling*) (Dusek et al., 2015). Como critérios para a inclusão no estudo, os cuidadores devem ter mais de 18 anos e exercer a atividade de cuidador há mais de 6 meses. Os cuidados idosos devem ter 60 ou mais anos de idade, e apresentar um grau de dependência significativo, por exemplo, idosos que não consigam sair à rua sozinhos, que sejam dependentes nos seus cuidados básicos, entre outras necessidades.

No que se refere à caracterização da amostra, de acordo com os objetivos estabelecidos, a amostra do estudo incluiu 42 cuidadores informais de idosos ( $N = 42$ ), sendo 83,3% ( $n = 35$ ) cuidadores do género feminino e 16,7% ( $n = 7$ ) do género masculino. No que se refere às suas idades, os cuidadores apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 74 anos de idade ( $Min = 22$ ;  $Max = 74$ ;  $M = 50.45$ ;  $DP = 11.16$ ). Relativamente ao estado civil dos participantes, 14,3% ( $n = 6$ ) dos inquiridos são solteiros(as), 50% ( $n = 21$ ) são casados(as), 19% ( $n = 8$ ) vivem em união de facto, 11,9% ( $n = 5$ ) são divorciados(as) e 4,8% ( $n = 2$ ) são viúvos(as).

Quanto ao nível de escolaridade, o ciclo de estudos concluído predominante é o ensino secundário ( $n = 21$ ; 50%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

Diagrama de barras do nível de escolaridade dos participantes.



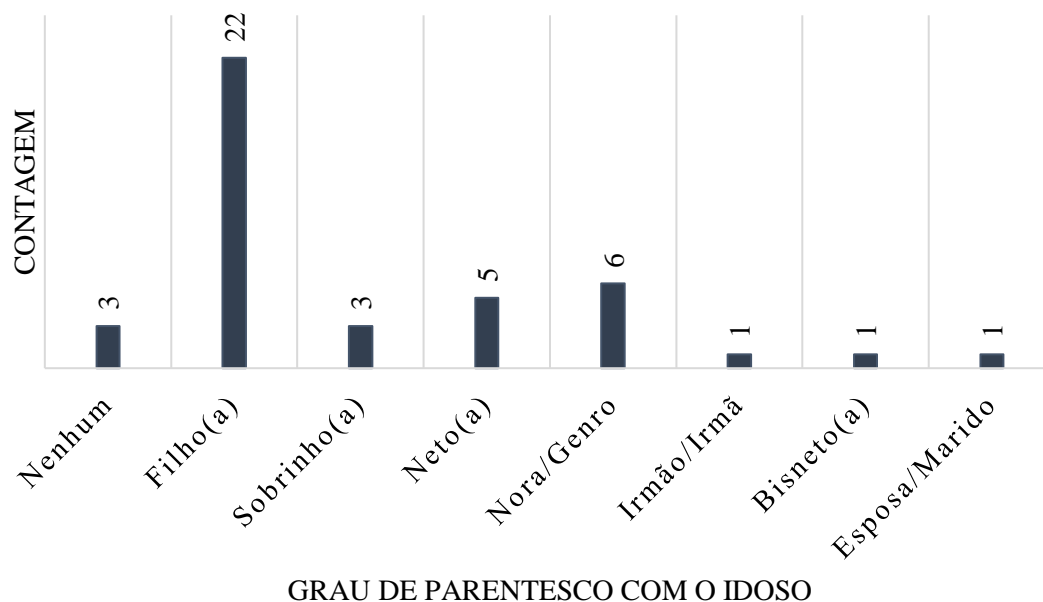
Relativamente à situação profissional, 69 % ( $n = 29$ ), dos cuidadores informais estão empregados, 21,4 % ( $n = 9$ ) estão desempregados e 9,5 % ( $n = 4$ ) encontram-se reformados.

O grau de parentesco que o cuidador tem com o idoso é, em parte significativa da amostra filhos-pais (52,4 %;  $n = 22$ ), seguindo-se a relação familiar de nora/genro-sogra/o (14,3 %;  $n = 6$ ) (Gráfico 2).

Foi tido em consideração o tempo que o cuidador dedica à atividade do cuidar, nomeadamente há quantos anos é cuidador ( $Min = 1$ ;  $Max = 30$ ;  $M = 5.71$ ;  $DP = 6.09$ ), quantos meses por ano exerce funções de cuidador ( $Min = 3$ ;  $Max = 12$ ;  $M = 11.14$ ;  $DP = 2.40$ ), quantos dia por semana ( $Min = 1$ ;  $Max = 7$ ;  $M = 5.90$ ;  $DP = 1.75$ ) e quantas horas por dia ( $Min = 1$ ;  $Max = 24$ ;  $M = 7.60$ ;  $DP = 6.94$ ).

**Gráfico 2**

Diagrama de barras do grau de parentesco entre o cuidador informal e o idoso dependente.



Procurou analisar-se ainda, se o cuidador coabita com o cuidado, sendo a prevalência da resposta “Não”, com 66,7 % ( $n = 28$ ) e a resposta “Sim” obteve percentagem inferior de 33,3 % ( $n = 14$ ). Relativamente à questão se o cuidador “Recebe alguma compensação monetária por prestar este cuidado?”, a resposta “Não” foi a mais consensual (88,1 %;  $n = 37$ ).

Foi, ainda, importante perceber como os cuidadores informais de idosos avaliam o seu estado de saúde física e mental. Neste sentido, na questão “Como avalia o seu estado de saúde atual?”, organizada a resposta numa escala *Likert* de cinco pontos, os cuidadores distribuíram as suas respostas, semelhantemente, pelas opções “3. Mais ou menos” ( $n = 16$ ; 38,1 %), “4. Quase bom” ( $n = 14$ ; 33,3 %) e “5. Bom” ( $n = 12$ ; 28,6 %). Por sua vez, na questão “Como avalia o seu bem-estar psicológico atual?”, com resposta também organizada numa escala *Likert* de cinco pontos, 2 participantes referiram “2. Quase mau” (4,8 %), 13 referiram “3. Mais ou menos” (31 %), uma grande parte respondeu “4. Quase bom” ( $n = 17$ ; 40,5 %) e 10 inquiridos “5. Bom” (23,8 %).

## **5.2. Instrumentos**

Para a realização da investigação recorreu-se a diferentes instrumentos, nomeadamente um questionário sociodemográfico e diversas escalas, que se apresentam seguidamente.

### **5.2.1. O Questionário Sociodemográfico**

Foi construído um questionário para caracterizar os cuidadores informais, inquirindo os dados pessoais (género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, grau de parentesco com o idoso, há quantos anos é cuidador informal, quantos meses por ano, dias por semana e horas por dia, se coabita com a pessoa cuidada e se recebe compensação monetária por prestar este cuidado) e situação atual (como classifica a sua saúde física e psicológica atualmente).

### **5.2.2. O Questionário das Necessidades Percebidas**

Foi adaptado o questionário desenvolvido por Pereira (2015). É um questionário composto por 12 itens agrupados em cinco áreas: necessidades materiais (itens: 1 e 2), necessidades de recursos humanos funcionais (itens: 3, 4, 5 e 6), necessidades de informação (item: 7), necessidades de conhecimento prático e saber fazer (itens: 8, 9 e 10), e necessidades de apoio psicológico (itens: 11 e 12). Está organizado em escalas *Likert* de cinco pontos, num continuum entre “Nada- 1, Pouco- 2, Moderadamente-3, Muito- 4; MUITÍSSIMO- 5”.

No presente estudo obtivemos um alfa de *Cronbach* para o total do questionário de .88.

### **5.2.3. O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)**

Este questionário é uma versão reduzida do QASCI desenvolvido por Martins e colaboradores (2003), adaptada por Martins e colaboradores (2015). É composto por 14 itens agrupados em sete dimensões: sobrecarga emocional (itens: 1 e 2), implicações na vida pessoal (itens: 3 e 4), sobrecarga financeira (itens: 5 e 6), reações e exigências (itens: 7 e 8), mecanismo de eficácia e de controlo (itens: 9 e 10), suporte familiar (itens: 11 e 12) e satisfação com o papel e com o familiar (itens: 13 e 14). Está organizado em escalas

*Likert* de cinco pontos, num continuum entre “Não/Nunca- 1; Raramente- 2; Às vezes- 3; Quase sempre- 4; Sempre- 5”. O alfa de *Cronbach* para o total da escala foi .92.

No presente estudo obtivemos um alfa de *Cronbach* para o total da escala de .63.

#### **5.2.4. A Escala *Measuring State Resilience* (MSR)**

A Escala *Measuring State Resilience* (MSR), foi desenvolvida por Chok C. Hiew em 1998, e adaptada à população portuguesa por Martins (2015). Tem como objetivo avaliar a resiliência atual dos sujeitos. Na versão portuguesa a escala MSR é composta por 14 itens que descrevem as características atuais da resiliência e que se agrupam em 2 dimensões: Fator 1- I Am/I Can (itens: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) e Fator 2- I Have (itens: 1, 2, 3, 4 e 5). Está organizada em escalas *Likert* de cinco pontos, num continuum entre “Discordo totalmente- 1, Discordo- 2, Neutro- 3, Concordo- 4; Concordo totalmente- 5”. O resultado global obtido para os valores de *Cronbach* foi de .73 (consistência interna aceitável) (Martins, 2015).

No presente estudo obtivemos um alfa de *Cronbach* para o total da escala de .75.

#### **5.2.5. A Escala sobre o Otimismo**

Desenvolvida por Barros (1998), a Escala sobre o Otimismo é composta por 4 itens que avaliam o grau de otimismo do indivíduo. Está organizada numa escala *Likert* de cinco pontos, num continuum entre “Totalmente em desacordo (Absolutamente Não) - 1; Bastante em desacordo (Não)- 2; Nem de acordo, nem em desacordo (Mais ou menos) - 3; Bastante de acordo (Sim)- 4; Totalmente de acordo (Absolutamente Sim) - 5”. Os resultados evidenciam um coeficiente alfa de *Cronbach* de .85.

No presente estudo obtivemos um alfa de *Cronbach* para o total da escala de .92.

### **5.3. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados**

Primeiramente, foi necessário fazer uma análise da bibliografia e literatura científica como forma de definir os conceitos fulcrais para o estudo em questão. Seguidamente, realizou-se uma pesquisa para encontrar e selecionar os instrumentos que se enquadram melhor no presente estudo.

Relativamente aos procedimentos para a recolha dos dados, foi solicitada previamente a autorização ao Encarregado de Proteção de Dados (Anexo 5) e à Comissão

de Ética da Universidade do Algarve para a aprovação do projeto (Anexo 6). Posteriormente, foi solicitada a autorização para a utilização dos instrumentos selecionados aos seus autores (Anexos 7 e 8).

A recolha de informação procurou reger-se pelos princípios éticos de investigação que estabelecem normas e diretrizes subjacentes a pesquisas que envolvem seres humanos. Atendendo a que a seleção da amostra foi não-probabilística, de conveniência, os instrumentos foram aplicados aos indivíduos que se inseriram nos critérios de elegibilidade para o estudo e após lhes ser explicado o objetivo geral do estudo, aplicado o Consentimento Informado (Apêndice 1), sendo a confidencialidade e anonimato dos participantes garantidos. A seleção da amostra utilizou a metodologia tipo de “bola de neve” (*snowball sampling*), atendendo ao facto de ser uma população de baixa incidência e de difícil acesso, e ainda ao facto de estarmos a vivenciar uma pandemia o que dificultou os contactos presenciais. Assim, muitos contactos de convite para participar no estudo foram realizados através do telemóvel, ao mesmo tempo que se solicitava aos participantes (conhecidos das investigadoras) que indicassem contactos de novos sujeitos da sua rede de amigos e conhecidos, que preenchessem os critérios para participar no estudo de forma a aumentar a amostra. Estes novos participantes, por sua vez indicavam novos participantes e, assim sucessivamente, até que foi alcançado o objetivo proposto, ou seja, o “ponto de saturação”, quando os novos entrevistados passaram a repetir os contactos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (Biernacki & Waldorf, 1981).

O preenchimento dos instrumentos foi em formato papel (nas situações em que foi possível o contacto presencial) e *online*, através da plataforma *Google Forms*. Iniciou-se pelo Questionário Sociodemográfico, prosseguindo com o Questionário de Necessidades Percebidas, o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, o Inventário de Resiliência e, por último, a Escala sobre o Otimismo.

Importa referir ainda que se procurou salvaguardar o respeito pela identidade dos participantes e, como tal, os cuidadores informais que participaram foram codificados com um número, de forma a assegurar o seu anonimato. Procuraram-se, ainda, cumprir todos os pressupostos de confidencialidade da informação obtida através da aplicação do instrumento de recolha de dados, assegurando que estes seriam apenas utilizados neste estudo. Os cuidadores informais foram informados sobre a forma de ter acesso às informações, caso estejam interessados. A participação dos cuidadores informais foi de

carácter voluntário, não implicando qualquer custo para os participantes e não tendo sido atribuída qualquer gratificação.

Após a recolha dos dados procedeu-se ao tratamento dos mesmos e de forma a concretizar os objetivos delineados realizou-se uma análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 27.0).

## Capítulo 6 - Apresentação dos Resultados

### 6.1. Análise Descritiva

#### 6.1.1. Questionário de Necessidades Percebidas

Na análise da amostra global (Tabela 1), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida no Questionário de Necessidades Percebidas foi moderado ( $M = 2.73$ ;  $DP = .84$ ). É possível verificar ainda que os valores médios das dimensões são muito próximos, sendo o mais elevado o da dimensão “Necessidades de Informação” ( $M = 3.02$ ;  $DP = 1.28$ ) e o mais baixo da dimensão “Necessidades de Apoio Psicológico” ( $M = 2.33$ ;  $DP = 1.14$ ).

Os resultados apresentados indicam que a amostra inquirida apresenta maiores necessidades sobretudo necessidades ao nível de informação, de conhecimento prático e saber fazer e a nível de recursos humanos funcionais.

**Tabela 1**

*Estatística descritiva das pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas.*

	<i>N = 42</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Pontuação Total Necessidades</b>		<b>2.73</b>	<b>.84</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Necessidades Materiais		2.75	1.09	1	5
Necessidades de Recursos Humanos Funcionais		2.80	.94	1	5
Necessidades de Informação		3.02	1.28	1	5
Necessidades de Conhecimento Prático e Saber Fazer		2.81	1.13	1	5
Necessidades de Apoio Psicológico		2.33	1.14	1	5

#### 6.1.2. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

Na análise da amostra global (Tabela 2), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida na QASCI foi moderado ( $M = 2.99$ ;  $DP = .51$ ). Relativamente às sete dimensões em análise que originam a escala, observa-se que a pontuação média foi relativamente próxima, sendo que a sobrecarga dos cuidadores que aparece como mais

elevada foram nas dimensões “Mecanismo de Eficácia e de Controlo” ( $M = 3.82$ ;  $DP = .80$ ), “Suporte Familiar” ( $M = 3.75$ ;  $DP = 1.23$ ) e “Satisfação com o Papel e com o Familiar” ( $M = 3.65$ ;  $DP = 1.18$ ). A dimensão com o valor médio mais baixo foi “Reações a Exigências” ( $M = 1.89$ ;  $DP = 1.04$ ).

Os resultados obtidos revelam que, embora a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais da presente amostra seja moderada, se verifica maior sobrecarga a nível das implicações na vida pessoal e sobrecarga emocional. Constata-se ainda no que se refere à sobrecarga emocional, que estes cuidadores revelam bons mecanismos de eficácia e de controlo, satisfação com o suporte familiar e com o papel de cuidador e com o familiar que têm a seu cargo.

**Tabela 2**

*Estatística descritiva das pontuações obtidas no QASCI.*

	<i>N = 42</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Pontuação Total Sobrecarga</b>		<b>2.99</b>	<b>.51</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
Sobrecarga Emocional		2.79	1.12	1	5
Implicações na Vida Pessoal		2.98	1.41	1	5
Sobrecarga Financeira		2.02	1.06	1	4
Reações a Exigências		1.89	1.04	1	5
Mecanismo de Eficácia e de Controlo		3.82	.79	2	5
Suporte Familiar		3.75	1.23	1	5
Satisfação com o Papel e com o Familiar		3.65	1.18	1	5

**6.1.3. Escala *Measuring State Resilience***

Na análise da amostra global (Tabela 3), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida na Escala *Measuring State Resilience* foi elevado ( $M = 4.36$ ;  $DP = .43$ ). Relativamente às duas dimensões em análise que dão origem à escala, verifica-se que a pontuação média mais elevada de resiliência foi o “Fator 2 – I Have” ( $M = 4.37$ ;  $DP = .68$ ) e o valor médio mais baixo foi o “Fator 1 – I Am/I Can” ( $M = 4.35$ ;  $DP = .43$ ), embora muito próximo do valor máximo (5).

Estes dados evidenciam que os cuidadores informais apresentam uma elevada resiliência, sendo ligeiramente superior no que se refere aos traços característicos das suas personalidades (*I am/ I can*).

**Tabela 3**

*Estatística descritiva das pontuações obtidas na Escala Measuring State Resilience.*

	<i>N = 42</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Pontuação Total Resiliência</b>		<b>4.36</b>	<b>0.43</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Fator 1- I am/I Can		4.35	0.43	3	5
Fator 2- I Have		4.34	0.68	2	5

#### 6.1.4. Escala sobre o Otimismo

Na análise da amostra global (Tabela 4), verifica-se que o valor médio da pontuação total obtida na Escala sobre o Otimismo foi elevado ( $M = 3.95$ ;  $DP = .80$ ).

É possível verificar através da Tabela 4, que o valor médio mais elevado foi “Em geral, considero-me uma pessoa otimista” ( $M = 4.12$ ;  $DP = .92$ ), seguindo-se “Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo” ( $M = 4.07$ ;  $DP = .81$ ), em seguida e com valores médios iguais “Encaro o futuro com otimismo” ( $M = 3.81$ ;  $DP = .86$ ) e “Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei” ( $M = 3.81$ ;  $DP = .97$ ).

Estes resultados indicam que não obstante toda a sua situação estes inquiridos se revelam otimistas e esperam conseguir o que desejam para o seu futuro.

**Tabela 4**

*Estatística descritiva das pontuações obtidas na Escala sobre o Otimismo.*

	<i>N = 42</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Pontuação Total Otimismo		3.95	.79	2	5
Encaro o futuro com otimismo.		3.81	.86	2	5
Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo.		4.07	.81	2	5
Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei.		3.81	.97	1	5
Em geral considero-me uma pessoa otimista.		4.12	.92	2	5

## 6.2. Análise Correlacional

### 6.2.1. Associação entre género e Questionário de Necessidades Percebidas, QASCI, Escala *Measuring State Resilience* e Escala sobre o Otimismo

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre o género e o nível de necessidades dos cuidadores informais de idosos dependentes existe uma correlação positiva negligenciável, não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .126$ ;  $p = .427$ ). Assim, constata-se que a percepção de mais necessidades dos cuidadores informais está associada ao género feminino.

Na associação entre o género e o nível de sobrecarga constata-se que existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .015$ ;  $p = .924$ ); ou seja, níveis mais elevados de sobrecarga estão associados ao género feminino.

Relativamente à associação entre o género e o nível de resiliência dos cuidadores a correlação é também positiva negligenciável não significativa, ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .000$ ;  $p = 1.000$ ), ou seja, níveis de resiliência mais elevados estão associados ao género feminino.

Por último, na associação entre o género e o otimismo verifica-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.169$ ;  $p = .283$ ); ou seja, maior otimismo está associado ao género masculino (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Estudo Correlacional entre o género e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala *Measuring State Resilience* e na Escala sobre o Otimismo.*

	Género	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Género	<i>r</i>				
	<i>p</i>				
	<i>r</i>	.126			
	<i>p</i>	.427			

Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	.015	.312*		
	<i>p</i>	.924	.045		
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	.000	-.210	-.112	
	<i>p</i>	1.000	.182	.479	
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	-.169	-.234	-.255	.699**
	<i>p</i>	.283	.136	.103	.000

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

### 6.2.2. Estudo Correlacional entre as idades e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala *Measuring State Resilience* e na Escala sobre o Otimismo.

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 6), é possível verificar que na associação entre a idade e o nível de necessidades dos cuidadores informais de idosos dependentes existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.032$ ;  $p = .842$ ), o que significa que quanto maior a idade dos cuidadores, menores as necessidades percebidas. Na associação entre a idade e a sobrecarga verifica-se que existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .080$ ;  $p = .616$ ), ou seja, quanto maior a idade maior a sobrecarga. Na associação entre a idade e o nível de resiliência dos cuidadores, constata-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.029$ ;  $p = .857$ ), significando que, quanto maior a idade dos cuidadores informais menor a resiliência. Na associação entre a idade e o nível de otimismo experienciado pelos cuidadores informais de idosos, verifica-se uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.265$ ;  $p = .090$ ), ou seja, quanto maior a idade dos cuidadores menor o nível de otimismo.

**Tabela 6**

*Estudo Correlacional entre a idade e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Idade	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Idade	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>	-.032				
	<i>p</i>	.842				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	.080	.312*			
	<i>p</i>	.616	.045			
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	-.029	-.210	-.112		
	<i>p</i>	.857	.182	.479		
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	-.265	-.234	-.255	.699**	
	<i>p</i>	.090	.136	.103	.000	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

### **6.2.3. Estudo Correlacional entre o nível de escolaridade do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala *Measuring State Resilience* e na Escala sobre o Otimismo.**

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre o nível de escolaridade dos cuidadores e o nível de necessidades existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .097$ ;  $p = .541$ ). Assim, constata-se que, quanto maior o nível de escolaridade dos cuidadores, maiores são as suas percepções sobre as necessidades sentidas. Relativamente à associação entre o nível de escolaridade do cuidador o nível de sobrecarga a correlação é positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .063$ ;  $p = .694$ ), ou seja, quanto maior o nível de escolaridade dos cuidadores maiores são os seus sentimentos de sobrecarga. Na associação entre o nível de escolaridade e o nível de resiliência existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .068$ ;  $p = .668$ ), significando que quanto mais elevado o nível de escolaridade do cuidador mais elevados são os seus níveis de resiliência.

Na associação entre o nível de escolaridade e o otimismo verifica-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = - .040$ ;  $p = .800$ ), o que quer dizer que quanto mais elevado o nível de escolaridade dos cuidadores informais, menor será o seu otimismo face ao cuidar (Tabela 7).

**Tabela 7**

*Estudo Correlacional entre o nível de escolaridade do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Escolaridade	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Escolaridade	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>	0,097				
	<i>p</i>	0,541				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	0,063	,312*			
	<i>p</i>	0,694	0,045			
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	0,068	-0,210	-0,112		
	<i>p</i>	0,668	0,182	0,479		
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	-0,040	-0,234	-0,255	,699**	
	<i>p</i>	0,800	0,136	0,103	0,000	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

**6.2.4. Estudo Correlacional entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.**

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados e o nível de necessidades dos cuidadores informais de idosos dependentes existe

uma correlação positiva fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .305$ ;  $p = .049$ ). Isto significa que, quanto maior o número de horas dispendido pelo cuidador no cuidado ao idoso dependente, maiores as necessidades percebidas.

Relativamente à associação entre o número de horas diárias e o nível de sobrecarga a correlação é positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .228$ ;  $p = .147$ ), ou seja, quanto maior o número de horas dispendido maior a sobrecarga percebida.

Na associação entre o número de horas diárias dedicadas ao cuidado e o nível de resiliência existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .195$ ;  $p = .215$ ), significando que quanto maior o número de horas, maior a resiliência.

Na associação entre o número de horas e o otimismo verifica-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.107$ ;  $p = .498$ ), ou seja, quanto maior o número de horas dispendido menor o otimismo (Tabela 8).

**Tabela 8**

*Estudo Correlacional entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Quantas horas por dia exerce funções de cuidador?	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Quantas horas por dia exerce funções de cuidador?	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>	.305*				
	<i>p</i>	.049				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	.228	.312*			
	<i>p</i>	.147	.045			

Pontuação Total	<i>r</i>	.195	-.210	-.112	
Resiliência	<i>p</i>	.215	.182	.479	
Pontuação Total	<i>r</i>	-.107	-.234	-.255	.699**
Otimismo	<i>p</i>	.498	.136	.103	.000

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

### 6.2.5. Estudo correlacional entre o estado de saúde atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala *Measuring State Resilience* e na Escala sobre o Otimismo.

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre o estado de saúde atual dos cuidadores e o nível de necessidades existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .024$ ;  $p = .879$ ). Assim, constata-se que, quanto melhor os cuidadores avaliam o seu estado de saúde atual maiores são as suas percepções sobre as necessidades sentidas.

Relativamente à associação entre o estado de saúde atual do cuidador o nível de sobrecarga a correlação é negativa fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.391$ ;  $p = .010$ ), ou seja, quanto melhor os cuidadores avaliam o seu estado de saúde atual menores são os seus sentimentos de sobrecarga.

Na associação entre estado de saúde atual e o nível de resiliência existe uma correlação positiva fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .317$ ;  $p = .041$ ), significando que quanto melhor os cuidadores informais avaliam o seu estado de saúde atual mais elevados são os seus níveis de resiliência.

Na associação entre estado de saúde atual e o otimismo verifica-se que existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .161$ ;  $p = .308$ ), o que quer dizer que quanto melhor os cuidadores classificam o seu estado de saúde atual maior será o seu otimismo face ao cuidar (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Estudo Correlacional entre o estado de saúde atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Como avalia o seu estado de saúde mental?	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Como avalia o seu estado de saúde mental?	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>	0.024				
	<i>p</i>	0.879				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	-.391*	.312*			
	<i>p</i>	.010	.045			
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	.317*	-.210	-.112		
	<i>p</i>	.041	.182	.479		
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	.161	-.234	-.255	.699**	
	<i>p</i>	.308	.136	.103	.000	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

**6.2.6. Estudo correlacional entre o bem-estar psicológico atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.**

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre o bem-estar psicológico atual e o nível de necessidades dos cuidadores informais de idosos dependentes existe uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .056$ ;  $p = .726$ ), ou seja, quanto melhor a avaliação dos cuidadores sobre o seu bem-estar-psicológico maior o nível de necessidades percebidas.

Na associação entre o bem-estar psicológico atual e a sobrecarga verifica-se que existe uma correlação negativa fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.330$ ;  $p = .042$ ), constatando-se que quanto mais elevada for a avaliação sobre o seu bem-estar psicológico mais baixo é o nível de sobrecarga apresentada.

Na associação entre o bem-estar psicológico atual dos cuidadores informais e o nível de resiliência, constata-se que existe uma correlação positiva fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .391$ ;  $p = .011$ ), verificando-se que quanto mais elevada for a avaliação que os cuidadores fazem sobre o seu bem-estar psicológico atual mais elevados serão os níveis de resiliência.

Na associação entre o bem-estar psicológico atual e o nível de otimismo experienciado pelos cuidadores informais de idosos, verifica-se uma correlação positiva negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .249$ ;  $p = .112$ ), ou seja, quanto mais elevada for a avaliação sobre o seu bem-estar psicológico atual mais elevados serão os níveis de otimismo (Tabela 10).

**Tabela 10**

*Estudo Correlacional entre o bem-estar psicológico atual do cuidador informal e as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Como avalia o seu bem- estar psicológico atual?	Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Como avalia o seu bem-estar psicológico atual?	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>	0,056				
	<i>p</i>	0,726				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	-,315*	,312*			
	<i>p</i>	0,042	0,045			
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	,391*	-0,210	-0,112		
	<i>p</i>	0,011	0,182	0,479		
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	0,249	-0,234	-0,255	,699**	
	<i>p</i>	0,112	0,136	0,103	0,000	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

### **6.2.7. Estudo Correlacional entre as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala *Measuring State Resilience* e na Escala sobre o Otimismo.**

Através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson*, é possível verificar que na associação entre as necessidades experienciadas pelos cuidadores informais e a sobrecarga sentida existe uma correlação positiva fraca significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .312$ ;  $p = .045$ ). Assim, os resultados na presente amostra evidenciam que quanto mais elevadas forem as necessidades experienciadas pelos cuidadores informais mais elevados serão os sentimentos de sobrecarga.

Na associação entre as necessidades e o nível de resiliência dos cuidadores verifica-se uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.210$ ;  $p = .182$ ), constatando-se que quanto mais elevadas forem as necessidades vividas pelos cuidadores menores são os níveis de resiliência.

Relativamente à associação entre as necessidades e o otimismo existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.234$ ;  $p = .136$ ), ou seja, quanto mais elevadas são as necessidades percebidas dos cuidadores, menor será o nível de otimismo experienciado.

Em relação à associação entre a sobrecarga e a resiliência constata-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.112$ ;  $p = .479$ ), verificando-se que quanto mais elevado é o sentimento de sobrecarga dos cuidadores informais menor é o nível de resiliência.

No que diz respeito à associação entre a sobrecarga e o nível de otimismo verifica-se que existe uma correlação negativa negligenciável não significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = -.255$ ;  $p = .103$ ), ou seja, quanto maior o sentimento de sobrecarga do cuidador informal menor o seu nível de otimismo.

Por último, na associação entre o nível de resiliência e o otimismo existe uma correlação positiva moderada significativa ao nível de significância  $\alpha = 0.05$  ( $r = .699$ ;  $p = .000$ ), evidenciando que para os cuidadores da presente amostra, quanto maior o seu nível de resiliência maior o seu otimismo (Tabela 11).

**Tabela 11**

*Estudo Correlacional entre as pontuações obtidas no Questionário de Necessidades Percebidas, no QASCI, na Escala Measuring State Resilience e na Escala sobre o Otimismo.*

		Pontuação Total Necessidades	Pontuação Total Sobrecarga	Pontuação Total Resiliência	Pontuação Total Otimismo
Pontuação Total Necessidades	<i>r</i>				
	<i>p</i>				
Pontuação Total Sobrecarga	<i>r</i>	.312*			
	<i>p</i>	.045			
Pontuação Total Resiliência	<i>r</i>	-.210	-.112		
	<i>p</i>	.182	.479		
Pontuação Total Otimismo	<i>r</i>	-.234	-.255	.699**	
	<i>p</i>	.136	.103	.000	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## Capítulo 7 - Discussão dos resultados

Respeitando os objetivos delineados no início do presente estudo, apresenta-se seguidamente a discussão dos resultados obtidos, através dos instrumentos anteriormente apresentados.

Em referência ao objetivo específico onde se pretendia *descrever as suas principais características, as suas necessidades ao nível de algumas características psicológicas e percepção de recursos pessoais*, através da amostra do estudo é possível verificar que existe uma maior prevalência de o cuidador informal de um idoso dependente ser do sexo feminino, dados estes corroborados pela literatura científica da área nacional e internacional. De facto, muitos são os estudos que confirmam que a função de cuidador está muito vinculada às mulheres. Assinale-se assim, que os resultados do presente estudo são corroborados pelos encontrados também nos estudos desenvolvidos por Pinquart e Sorensen (2006), Pereira (2015), Sequeira (2018) e no estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, realizado no presente ano de 2021, em Portugal. Estes resultados na presente amostra portuguesa vão ainda ao encontro do que é referenciado por Yee e Schulz (2000), que defendem que o género tem influência na natureza do cuidar, constatando-se que continuam a ser as mulheres que prestam mais cuidados pessoais e sobretudo relacionados com as tarefas domésticas, levantando-se questões sobre a igualdade e discriminação das funções entre género que não obstante alguma evolução ainda se encontram muito presentes nesta função de cuidador informal.

Relativamente à média das idades dos cuidadores informais da amostra, verifica-se que esta ronda os 50 anos de idade, indo ao encontro também de diversas investigações, como do mencionado estudo desenvolvido pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores de Idosos (2021). Também neste estudo se pode observar que a faixa etária dos cuidadores informais predominante se situa entre os 45 e os 64 anos. De assinalar, contudo, que os nossos resultados escondem uma elevada dispersão, não se podendo esquecer que as idades dos cuidadores desta nossa amostra variam entre os 22 e os 74 anos de idade, e sendo muito provavelmente representativos da realidade a nível nacional. Neste sentido, possivelmente encontraremos muitos cuidadores que apresentam idades bastante elevadas, levantando diversas questões no que se refere à qualidade de vida que estes poderão ter, verificando-se a situação de idosos a cuidar de idosos. Não obstante a progressiva consciência e o reconhecimento desta realidade pelo Governo e pela sociedade, muitas são as implicações desta situação, sendo que urge responder-lhes, pelas

consequências negativas que podem advir. Embora alguns estudos defendam que a permanência dos idosos nas suas residências e com o cuidado dos seus familiares, uma das questões que importa equacionar terá de passar pela necessidade de apoios e suportes institucionais, nomeadamente pelo apoio de programas educativos e de apoio para estes cuidadores, nos quais segundo o nosso entendimento, o psicólogo detém um importante papel.

Mais de metade dos inquiridos encontram-se empregados, sendo o mesmo evidenciado nos estudos acima descritos, nomeadamente no estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores de Idosos (2021), o que significa que a atividade de cuidador não é a principal atividade desempenhada por estes.

De facto, consta-se que estes cuidadores de idosos dependentes têm que conciliar esta sua função, com o emprego, com a vida familiar em que desempenham, na maior parte das situações ainda o papel de mãe, esposa, entre outros. No que se refere ao conciliar as tarefas familiares, o cuidar do idoso dependente e, ainda, o emprego irá quase inevitavelmente causar excesso de trabalho e sobrecarga a diversos níveis, além da falta de tempo para si, para poderem descansar ou usufruir de algumas atividades sociais e de distração.

Nos estudos de Sequeira (2018), Falcão e colaboradores (2016) e no do Movimento Cuidar dos Cuidadores de Idosos (2021), verifica-se que uma grande parte, se não a maior parte dos cuidadores de idosos é filho(a) do cuidado idoso, seguindo-se o grau de parentesco com o idoso de nora/genro, o que, também, se verifica no presente estudo. De facto, a tomada de decisão do cuidador do idoso dependente tem em consideração diversas questões como por exemplo a disponibilidade de cada um dos filhos do idoso (Sequeira, 2018).

Nos resultados obtidos foi possível verificar que metade da amostra é casada, o que poderá significar que são pessoas com idades perto da média apresentada e que o grau de parentesco com o idoso seja de filho(a). O que nos leva a crer que sejam indivíduos com muitos afazeres diários e diversas obrigações. Também, metade dos nossos inquiridos têm o ensino secundário concluído.

O tempo que o cuidador dedica à atividade de cuidar pode ser um indicador importante para perceber como funciona a sua vida diária, neste sentido foi possível verificar que em média o papel desempenhado não é curto e que os cuidadores exercem cuidados durante quase todos os meses do ano, assim como quase todos os dias da semana, ocupando um pouco mais de um quarto do seu dia no cuidado ao idoso

dependente. Isto, pode revelar que o cuidador além de ter um emprego, passa muitas horas a prestar cuidados, o que o levará a ter menos tempo disponível para outras atividades do seu dia-a-dia. Segundo Sequeira (2018), é importante o cuidador e o cuidado morarem juntos, principalmente quando o idoso dependente apresenta maiores necessidades, que priorizem a presença de alguém a seu lado constantemente. No presente estudo, a maior parte dos cuidadores não coabita com os cuidados, sendo este um estudo de cuidadores informais de idosos com alguma dependência, esse facto poderá justificar que a maior parte não coabite com o cuidado.

Face a estas reflexões, levanta-se mais uma vez a questão da responsabilidade do Estado no apoio a estes cuidadores, a curto e médio prazo pelas consequências a nível emocional que daí podem advir.

Praticamente todos os cuidadores informais inquiridos, responderam que não recebem qualquer compensação monetária por prestarem cuidados ao idoso. Na literatura, não é consensual a classificação de cuidador informal a um indivíduo que preste cuidados ao idoso e que seja ou não compensado monetariamente por isso. Por exemplo, Sequeira (2018) e Hollander e colaboradores (2009) consideram que um cuidador informal não recebe compensação monetária, mas para Van den Berg e colaboradores (2004) o cuidador informal de idosos não se classifica por receber ou não uma compensação monetária. Uma questão social que se poderá levantar passará, em nosso entender, pelo apoio maior do Estado para que estes cuidadores informais possam ter horários a meio tempo ou reduzidos e uma compensação monetária de forma a poderem mais facilmente conciliar e responder mais adequadamente a esta função de cuidar dos seus idosos.

Os cuidadores informais de idosos da presente amostra, classificaram o seu estado de saúde atual e o bem-estar psicológico atual com respostas relativamente positivas, o que revela que, no geral, estes cuidadores se sentem razoavelmente bem no presente momento. Importa, contudo, assinalar que diversos estudos têm referenciado queixas dos cuidadores a este nível, nomeadamente de stresse e precaridade da condição de saúde física e emocional (Caldeira & Ribeiro, 2004; Cassis et al., 2007; Cruz & Hamdan, 2008; Garces et al., 2012), fadiga e depressão (Barreto, 2005; Duarte et al., 2008),

Ao nível das Necessidades Percebidas experienciadas pelos sujeitos da amostra, verifica-se que, no geral, se classificam como moderadas, o que significa que estes cuidadores sentem algumas necessidades no desempenho desde papel de cuidar. Por sua vez, é de destacar que as suas necessidades mais elevadas são ao nível da “informação”, ou seja, os cuidadores têm necessidade de conhecer melhor a doença do idoso cuidado;

dos “recursos humanos funcionais”, ou seja, os cuidadores necessitam ter um maior auxílio no que diz respeito aos cuidados externos ao idoso, nomeadamente, apoio domiciliário nos cuidados diários ao idoso, apoio de enfermagem no domicílio para cuidar do idoso, maior facilidade de acesso ao médico de família e maior facilidade de acesso a consultas de alterações cognitivas; e, ainda, revelam necessidades mais elevadas “no conhecimento prático e saber fazer”, ou seja, sentem necessidade em ter mais experiência para cuidar do idoso com dependência significativa, assim como sentem necessidade em ter mais experiência para lidar com alterações de comportamento do idoso e consideram que participar em grupos de autoajuda com outras pessoas que estão também elas a cuidar de idosos com dependência significativa, seria uma mais valia para auxiliar as suas necessidades percebidas. Nos estudos de Andrade (2009) e Roger e colaboradores (2015), os cuidadores também afirmam ter dificuldades de acesso às fontes de apoio externo. Para além destas necessidades, também as necessidades ao nível do conhecimento prático e saber fazer, financeiras e de apoio psicológico são evidenciadas, mesmo que com valores mais baixos, o que vai ao encontro do estudo de Santos (2008), onde as dificuldades mais destacadas se centram, sobretudo, ao nível das dimensões pessoais, físicas, psicológicas, financeiras e sociais.

Tendo como referência o objetivo específico delineado em que se *pretendia avaliar a sobrecarga a que estes cuidadores estão sujeitos e a que níveis se apresenta*, constata-se que esta se apresenta como moderada. De facto, a sobrecarga é também uma característica muito referenciada pelos cuidadores informais de idosos dependentes, sendo que este conceito tem sido utilizado para nomear problemas emocionais, físicos, sociais e financeiros vividos pelos cuidadores (Martins, 2006). No presente estudo, os cuidadores que participaram apresentam um nível de sobrecarga moderado, sendo ao nível da “sobrecarga emocional” e “implicações na vida pessoal” que evidenciam maior sobrecarga. Estes resultados querem dizer que, ao nível da sobrecarga emocional os cuidadores informais consideram que tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil e que se sentem cansados e esgotados por estarem a desempenhar este papel. Por sua vez, no que diz respeito às “implicações na vida pessoal”, os cuidadores informais revelam que os planos que tinham idealizado para a fase da vida em que se encontram têm sofrido algumas alterações devido a estarem a tomar conta do idoso e, as suas vidas sociais também têm sido prejudicadas devido ao papel desempenhado pelos cuidadores informais dos seus idosos. Barreto (2005) e Duarte e colaboradores (2008) assumem através dos seus estudos o que vai ao encontro dos resultados encontrados na presente

investigação, ou seja, os cuidadores informais estão sujeitos a uma forma de stresse especial, fadiga e depressão que se caracteriza por tensão permanente, falta de tempo para cuidar de si e para dormir e isolamento social e esforço físico. No mesmo sentido, se salientam os resultados do estudo de Vieira e colaboradores (2011), que evidenciaram que as tarefas realizadas pelos cuidadores para os cuidados exigem bastante tempo, o que faz com que estes se sintam muito ocupados e com pouco tempo livre para si, assim como para os seus familiares e, até mesmo, para amigos, o que pode gerar sobrecarga emocional e, também, física e social.

Por outro lado, os cuidadores informais revelam apresentar bons mecanismos de eficácia e de controlo, bom suporte social e boa satisfação com o papel e com o familiar idoso de quem cuidam. A subescala *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo* compreende aspetos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar o enfrentar dos problemas que advêm do desempenho deste seu papel, como sejam, a capacidade para tomar conta do doente dependente e os conhecimentos e experiência para assumir a responsabilidade do cuidado. Ao nível do “suporte familiar”, subescala que diz respeito ao reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador. Relativamente à “satisfação com o papel e com o familiar”, subescala que diz respeito a sentimentos e emoções, autoestima e sentir-se mais próximo do doente, decorrentes do desempenho do papel e da relação afetiva que o cuidador estabelece com o sujeito alvo dos cuidados.

Na resposta ao objetivo específico em que se pretendia *analisar a resiliência e o otimismo dos cuidadores informais para enfrentarem as dificuldades relacionadas com o cuidado*, podemos constatar que os cuidadores informais participantes deste estudo apresentam níveis de resiliência elevados, o que indica que apesar das necessidades e sobrecarga sentidas estes foram conseguindo desenvolver e adotar estratégias de resiliência no seu papel de cuidar. De facto, as adversidades e os desafios advindos, da função de cuidar, parecem ter levado a que estes necessitem de desenvolver atitudes de resiliência para que consigam realizar as atividades que a rotina do cuidado exige (Garces et al., 2012). Estes resultados podem ainda significar que existem acontecimentos positivos na atividade de cuidar, assim como cognições positivas e padrões de pensamentos positivos que, por sua vez, melhorarão a saúde mental dos mesmo e a capacidade de gerir as atividades do dia-a-dia, assim como concluiu Bekhet (2013) no seu estudo.

Também o otimismo é uma característica importante na vida dos cuidadores informais de idosos com dependência, uma vez que este pode apresentar efeitos

psicológicos saudáveis para os cuidadores e também para os cuidados, atenuando o impacto causado pelo stresse e pelas situações adversas provenientes da atividade de cuidar. Neste sentido, os cuidadores informais inquiridos apresentam um nível de otimismo elevado, sendo que a maior parte dos sujeitos se considera “uma pessoa otimista” e esperam conseguir o que querem no seu futuro. Este resultado é particularmente importante, uma vez que segundo alguns estudos em contexto de cuidado ao idoso, a variável otimismo tem mostrado efeito positivo sobre os aspetos negativos produzidos pela sobrecarga de cuidados diários (Contador et al., 2012; Contador et al., 2015; Mackay & Pakenham, 2011).

De acordo com os objetivos do estudo, também, foi importante *compreender a que género poderão estar associadas as variáveis em estudo, nomeadamente, as necessidades, a sobrecarga, a resiliência e o otimismo*. Assim, verifica-se no presente estudo que as mulheres têm maior tendência para experienciar níveis mais elevados de necessidades, sobrecarga, mas também, resiliência. De assinalar, contudo, que são os homens que apresentam maior otimismo. No estudo de Neri e Carvalho (2002), os autores destacam que são sobretudo as mulheres que assumem a responsabilidade pelo cuidar, o que poderá justificar a prevalência do género feminino em apresentar maiores níveis de necessidades, assim como a própria amostra do estudo, uma vez que existem muitas mais mulheres inquiridas que homens. Ao nível da sobrecarga, também Pereira (2015), confirma no seu estudo que o género feminino é o que apresenta maior sobrecarga. Quanto à resiliência, o que pode justificar esta prevalência de níveis de resiliência mais elevados nas mulheres é o facto desta característica ser um resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais (Garces et al., 2012), além de que a resiliência se relaciona e é desenvolvida com a vivência de adversidades e/ ou desafios. Assim, ao experienciarem maiores dificuldades estas cuidadoras parecem ter desenvolvido estratégias de resiliência possibilitando-lhes um maior equilíbrio. Por sua vez, o género masculino é o que apresenta níveis de otimismo mais elevados, resultado este que vai ao encontro dos estudos desenvolvidos por Ribeiro e Veiga-Branco (2014) e Bjuggren e Elert (2019) que referem ser o género masculino que regista níveis de otimismo mais elevados.

Embora não se verifique que a relação entre as idades e as variáveis em estudo sejam significativas, verifica-se que quanto mais elevada é a idade dos cuidadores informais de idosos dependentes menores são as necessidades percebidas, isto poderá significar que por terem mais idade já não valorizam tanto as necessidades, ou que o facto de as irem vivenciando durante mais tempo leva a que não as valorizem ou tenham maior

sensibilidade para estas. Este é, sem dúvida um resultado importante e que deve ser tido em atenção pelo Governo e pela sociedade, pois que uma vez que as médias das idades dos cuidadores são elevadas e que se verifica a situação de idosos a cuidar de idosos, poderá levar a um descuidar das necessidades dos idosos que são cuidados. Este resultado alerta para a necessidade de apoio a estes cuidadores informais de forma a minimizar este possível enviesamento da sua visão.

Por sua vez, verifica-se que quanto mais elevada a idade do cuidador maior a sobrecarga, o que vai ao encontro do que foi referenciado por muitos investigadores, nomeadamente por Ricarte (2009), Amêndola e colaboradores (2008) e Gratão (2012). Este é, também, um importante dado, uma vez que pode levar à exaustão, depressões e menor saúde mental dos cuidadores informais. De assinalar que, a médio-longo prazo se tornará um grande défice no envelhecimento dos próprios cuidadores informais, levando-os, eventualmente, a precisarem de cuidados especializados e de maior proximidade por parte dos seus familiares mais cedo do que o que eventualmente poderia acontecer. Segundo Pereira (2015), o aumento progressivo da sobrecarga leva à perceção de maiores necessidades de apoio psicológico e pode, também, ter implicações na duração do papel do cuidador.

Constata-se que quanto mais elevada a idade do cuidador menor o nível de resiliência perante o cuidar, o que poderá querer dizer que os sujeitos com mais idade apresentam menos capacidade de adaptação às dificuldades que este papel de cuidar lhes apresenta. Também, se verifica que quanto mais elevada a idade do cuidador menor o seu otimismo, isto poderá querer dizer que o cuidador mais velho não tem tanta esperança para acontecimentos positivos na sua vida. Estes são resultados importantes e sobre os quais importa refletir e continuar a explorar, atendendo a que as idades dos cuidadores informais são elevadas, como foi anteriormente referenciado, não obstante não se tenham encontrado estudos com estas evidências.

Apesar da relação entre o nível de escolaridade e as variáveis em estudo não serem significativas, constata-se que, quando o nível de escolaridade dos cuidadores informais de idosos dependentes é mais elevado as necessidades percebidas, a sobrecarga e a resiliência também são mais elevadas, em contrapartida o nível de otimismo dos cuidadores é mais baixo. Isto poderá significar que os cuidadores com maiores níveis de escolaridade apresentam maior perceção para identificar as necessidades percebidas. Também, poderá querer dizer que por terem níveis de escolaridade mais elevados os seus trabalhos lhes ocupem maior disponibilidade horária e emocional e isso contribua para o

aumento da sobrecarga sentida no papel de cuidar, por sentirem menor disponibilidade para o mesmo. Por sua vez, o elevado nível de resiliência poderá estar associado à melhor capacidade de adaptação às diversidades encontradas, uma vez que, indivíduos com maior formação podem adotar medidas mais adequadas para fazer face às dificuldades encontradas. Contraditoriamente, o nível de otimismo é mais baixo quando o nível de escolaridade é mais elevado o que poderá querer dizer que estes cuidadores se sentem menos otimistas perante as suas vidas, eventualmente devido às exigências proporcionadas pelo cuidar, ao cansaço e sentimentos de tristeza e stresse. Eventualmente, este menor otimismo poderá estar relacionado com um maior conhecimento e consciência sobre a realidade que estão a vivenciar, que contrasta com maiores expectativas que acabam por não se concretizar pela falta de apoios e recursos que sentem nesta sua função de cuidar.

É importante compreender se existe uma relação entre o número de horas diárias que o cuidador informal desempenha cuidados ao idoso e as variáveis estudadas. Os dados encontrados revelam que se verifica que quantas mais horas de cuidados diários maiores serão as necessidades dos cuidadores informais de idosos com dependência. Isto significa que, quantas mais horas diárias o cuidador exerce o seu papel, maiores serão os obstáculos provenientes do mesmo, podendo dessa forma apresentar diversas necessidades advindas desta atividade, o que vai ao encontro do referido por Araújo (2015). Embora a relação entre a sobrecarga, a resiliência e o otimismo e o número de horas diárias de cuidado não seja significativo, verifica-se que quantas mais horas o cuidador desempenha o seu papel maior é a sobrecarga e maior é o seu nível de resiliência, por outro lado o otimismo é menor. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Araújo (2015) e Garces e colaboradores (2012), que verificaram que quantas mais horas o cuidador dedica ao cuidado maior será a sobrecarga. Por sua vez, o nível de resiliência poderá ser maior porque os cuidadores passam mais horas a dedicar-se ao cuidado e isso poderá dar-lhes uma maior conformação com esse papel, criando-lhes uma maior capacidade de adaptação ao cuidar. Como anteriormente foi referido, o otimismo é menor quantas mais horas o cuidador dedica ao cuidado, isto poderá querer dizer que o cuidador poderá não se sentir tão positivo no seu dia-a-dia devido a todas as necessidades e sobrecarga com a qual se vê enfrentar.

O estado de saúde atual do cuidador informal é importante para que se compreenda a sua atual situação de saúde, uma vez que esta pode influenciar a sua capacidade de resiliência e otimismo perante as adversidades a que está sujeito ao

desempenhar o seu papel de cuidador informal, assim como a sua predisposição para as necessidades e sobrecarga a que possa estar exposto. Neste sentido, verifica-se no presente estudo que, apesar de não existir uma relação significativa entre as necessidades e o estado de saúde atual do cuidador, quando a perceção que o cuidador tem sobre o seu estado de saúde é mais elevada as necessidades percebidas são mais elevadas, isto poderá significar que o facto de o cuidador se sentir bem fisicamente lhe proporciona uma melhor capacidade para perceber e compreender as necessidades que enfrenta ao desempenhar o papel de cuidar.

No entanto, verifica-se que a relação entre a perceção que o cuidador tem sobre o seu estado de saúde e a sobrecarga, assim como com a resiliência é significativa. Neste sentido, quando a perceção do cuidador sobre o seu estado de saúde atual é mais elevada o sentimento de sobrecarga é menor. Este resultado contradiz o encontrado no estudo de Garces e colaboradores (2012), que assinalam que o acumular da sobrecarga deteriora a saúde, criando mal-estar e piorando o estado de saúde física e emocional do cuidador. Por outro lado, quando a perceção sobre o estado de saúde atual do cuidador é elevada, os níveis de resiliência também são elevados, sendo que muitos estudos indicam que os cuidadores informais de idosos apresentam baixos níveis de resiliência (Borsie et al., 2016; Vaingankar et al., 2016). Assinale-se, contudo, que também existem estudos que evidenciam que alguns cuidadores apresentam níveis de resiliência mais elevados e que isso se deve a taxas mais baixas de depressão e melhor saúde física (Dias et al., 2015). Verifica-se, ainda, que embora a relação entre o estado de saúde atual do cuidador e o otimismo não seja significativa, quando os cuidadores informais têm uma perceção do seu estado de saúde mais elevada o otimismo é mais elevado. Isto poderá significar que o facto de o indivíduo se sentir bem fisicamente tem influência na forma como encara as situações do dia-a-dia e na forma como projeta o seu futuro positivamente.

Para além do estado de saúde atual do cuidador informal de idosos dependentes, é importante perceber o seu bem-estar psicológico atual, uma vez que a saúde psicológica pode ter influência na forma como o cuidador desempenha o seu papel de cuidador e na forma como percebe toda a experiência de cuidar. Neste sentido, apesar da relação entre o bem-estar psicológico atual do cuidador e as necessidades percebidas não ser significativa, observa-se que quando o cuidador avalia o seu bem-estar psicológico de forma elevada as necessidades são mais elevadas. Este resultado, poderá significar que o facto de o cuidador se sentir bem psicologicamente lhe permite ter uma visão mais clara para identificar as necessidades percebidas. Por outro lado, a relação entre o bem-estar

psicológico atual do cuidador informal e a sobrecarga é significativa, assim como com a resiliência. Relativamente ao nível de sobrecarga, verifica-se que quando os cuidadores avaliam o seu bem-estar psicológico como elevado a sobrecarga é menor, ou seja, o seu sentimento de bem-estar psicológico poderá influenciar a forma como vive o papel de cuidar, ou poderá ter auxílio para combater a sobrecarga experienciada.

De facto, verifica-se em estudos anteriores, como por exemplo no de Duarte e colaboradores (2008), que os cuidadores consideram que os grupos de apoio e a psicoterapia podem ser ferramentas importantes para auxiliar os cuidadores a enfrentarem estas experiências de sobrecarga.

Ao nível da resiliência, constata-se que quando os cuidadores classificam o seu bem-estar psicológico atual como elevado a resiliência é mais elevada. Isto pode significar que o cuidador tem suporte social, uma vez que este pode ser um aliado chave para a resiliência (Ong et al., 2018), que o sujeito experiência emoções positivas, dado que estas são benéficas para si e têm consequências positivas ao nível da resiliência (Ong et al., 2009). Estes resultados sugerem, ainda, que a resiliência é importante não só para enfrentar a saúde emocional e mental do cuidador (Garces et al., 2012).

No que diz respeito ao otimismo, a relação entre este e o bem-estar psicológico atual do cuidador revela-se como não significativo. Apesar disso, o estudo apresenta que quando a perceção do cuidador relativamente ao seu bem-estar psicológico é elevada o otimismo é mais elevado. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Márquez-Golzález e colaboradores (2009), que verificaram que o otimismo apresenta efeitos psicológicos saudáveis para os cuidadores informais.

Como objetivo específico delineou-se como importante *compreender a relação que existe entre as variáveis em estudo*. Neste sentido, é possível verificar que, numa relação significativa, quando o nível de necessidades percebidas é mais elevado, o nível de sobrecarga é mais elevado significativamente. Isto poderá indicar que quando o cuidador experiência necessidades ao longo do processo de cuidar do idoso dependente, e estas vão aumentando, a sobrecarga que ele experiencia também aumenta. Também segundo Santos (2008), as necessidades mais destacadas pelos cuidadores focalizam-se, sobretudo, ao nível das dimensões pessoais, psicológicas, físicas, financeiras e sociais. Estes resultados vão ao encontro do que foi mencionado por Martins (2006), que refere que a sobrecarga é uma consequência das ameaças sentidas pelo cuidador relativamente às necessidades psicológicas, fisiológicas, sociais e financeiras.

Embora as relações entre as necessidades e a resiliência e as necessidades e o otimismo não sejam significativas, verifica-se que quando as necessidades são mais elevadas a resiliência é menos elevada, o que poderá significar que quando os cuidadores conseguem identificar maiores necessidades durante o processo de cuidar o seu nível de resiliência é mais baixo, ou seja, têm menos facilidade em adaptar-se às dificuldades que encontram. Constata-se, ainda, que quando as necessidades são mais elevadas o otimismo é menos elevado, o que poderá querer dizer que o facto de o cuidador sentir maiores necessidades o deixa menos otimista perante as adversidades e até mesmo em relação ao futuro.

Também se observa que os resultados apresentam que a relação entre a sobrecarga e a resiliência e a relação entre a sobrecarga e o otimismo não são significativas. No entanto, é possível aferir que quando a sobrecarga é mais elevada a resiliência é mais baixa, ou seja, quando os cuidadores informais têm sentimentos de sobrecarga os seus níveis de resiliência são inferiores. Uma vez que a resiliência pode ser uma variável chave, segundo Tugade e Fredrickson (2004), os cuidadores poderão não estar a saber lidar com os desafios e limitações provenientes da prestação de cuidados aos seus idosos. Constata-se, também, que quando a sobrecarga é elevada o otimismo é menos elevado, ou seja, os cuidadores poderão apresentar elevados níveis de stresse e cansaço associados ao sentimento de sobrecarga (Barreto, 2005; Duarte et al., 2008). Por sua vez, a literatura refere que o otimismo pode atenuar o impacto causado pelo stresse e pelas situações de vida adversas causadas pelo cuidar (Marquéz-González et al., 2009), o que poderá explicar que o otimismo seja menos elevado quando a sobrecarga é mais elevada.

É possível constatar que existe uma relação significativa entre a resiliência e o otimismo, sendo que quando a resiliência é mais elevada, o otimismo também é mais elevado. Atendendo a que a resiliência pode ser uma característica importante que explica a capacidade dos indivíduos para lidar com os desafios e limitações provenientes da prestação de cuidados aos seus idosos (Tugade & Fredrickson, 2004). Atendendo ainda que o otimismo é um preditor significativo de qualidade de vida, uma vez que esta característica protege os cuidadores informais de efeitos negativos às suas saúdes física e psicológica (Ruisoto et al., 2019), quando os cuidadores informais se apresentam resilientes face aos cuidados que prestam ao idoso, conseqüentemente o seu otimismo será maior.

Estes resultados por nós encontrados poderão ser úteis para a intervenção do Psicólogo, sendo que estas áreas poderão ser trabalhadas e melhoradas em benefício do cuidador e do idoso cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo geral conhecer e analisar o perfil e as características de uma amostra de cuidadores informais de idosos com algum grau de dependência, pretendendo-se ainda estudar as necessidades experienciadas por estes cuidadores informais, analisar se apresentam ou não sintomas de sobrecarga, ou se pelo contrário estão a conseguir gerir com resiliência e otimismo o ter a seu cargo idosos com dependência e analisar as relações entre estas variáveis.

Neste sentido, é possível concluir que, de acordo com os nossos resultados, se verifica que a maior parte destes cuidadores informais são do género feminino, têm uma média de idade de 50 anos e que a maior parte se encontra empregada. Também, é possível constatar que a maior parte dos cuidadores são filhos dos idosos dependentes, e casados, características que se confirmam noutros estudos, como já referenciado.

Relativamente ao tempo que o cuidador informal desempenha o seu papel, verifica-se que este o faz durante todo o ano, quase todos os dias da semana, durante praticamente um quarto do seu dia. De assinalar, ainda, que a maior parte dos cuidadores não coabita com os idosos, nem recebe qualquer compensação monetária pela sua dedicação ao cuidado.

É importante destacar que a nível de saúde física e bem-estar psicológico os cuidadores se sentem razoáveis, experienciando necessidades de forma moderada assim como moderado sentimento de sobrecarga. Por outro lado, ao nível da resiliência e do otimismo os cuidadores apresentam resultados elevados, mostrando-se, por isso, resilientes e otimistas em relação ao processo de cuidar do idoso dependente.

As necessidades são mais experienciadas pelas mulheres, sobretudo ao nível das “necessidades de recursos humanos funcionais”, “necessidades de informação”, “necessidades de conhecimento prático e saber fazer” e “necessidades de apoio psicológico”. Quanto mais idade tem o cuidador maiores as necessidades experienciadas. Verifica-se, também, que quanto mais elevado o nível de escolaridade do cuidador mais elevadas são as necessidades sentidas, assim como quantas mais horas o cuidador exerce o papel de cuidar mais elevadas serão as necessidades sentidas. Quando a perceção do cuidador acerca da sua saúde física e bem-estar psicológico é mais elevado mais elevadas as necessidades vividas por estes cuidadores informais.

Por sua vez, também as mulheres experienciam níveis mais elevados de sobrecarga, e também se destaca que quanto mais idade o cuidador tem maior é a

sobrecarga vivida, assim como, quanto mais elevado o nível de escolaridade do cuidador maior o sentimento de sobrecarga. Por sua vez, quantas mais horas o cuidador informal do idoso dependente dedica à atividade de cuidar mais elevada é a sobrecarga. Verifica-se, ainda, que quando a percepção que o cuidador tem do seu estado de saúde atual é melhor, bem como do seu bem-estar psicológico menos elevados são os sentimentos de sobrecarga.

Também, é o gênero feminino que apresenta maior resiliência. Quanto mais elevada a idade do cuidador informal menor o nível de sobrecarga experienciado. Contatou-se, também, que quando o nível de escolaridade do cuidador é mais elevado, a resiliência é mais elevada. Verifica-se que, quantas mais horas o cuidador dedica ao cuidado idoso maior é o seu nível de resiliência. E, ainda, quanto melhor é a percepção de saúde física e bem-estar psicológico mais elevados os níveis de resiliência.

Relativamente ao otimismo, é o gênero masculino que apresenta maiores níveis de otimismo. Quanto mais elevada a idade dos cuidadores informais menor é o otimismo. Assim como, quando o nível de escolaridade do cuidador é mais elevado menor é o nível de otimismo. Verificou-se, também, que quantas mais horas o cuidador dedica ao papel de cuidar menor o otimismo apresentado. Constatou-se, ainda, que quando a percepção de melhor saúde física do cuidador é mais elevada, menor é o otimismo, contrariamente, quando a percepção do bem-estar psicológico é mais elevada o otimismo é mais elevado.

Tal como referido anteriormente, sendo importante compreender a relação entre as variáveis em estudo, verificou-se que quando as necessidades percebidas são mais elevadas a sobrecarga é mais elevada. No entanto, quando as necessidades são mais elevadas o nível de resiliência e o otimismo são menos elevados. Por sua vez, quando os sentimentos de sobrecarga são mais elevados o nível de resiliência e o otimismo são menos elevados. Por último, quando o nível de resiliência é mais elevado, também o otimismo é mais elevado.

Podemos ainda constatar com a investigação efetuada no presente estudo que existem cada vez mais cuidadores informais de idosos dependentes, que apresentam necessidades e sentimentos de sobrecarga, mas que vão conseguindo desenvolver resiliência e otimismo perante o papel de cuidar. Não obstante tal, esta importante constatação deve ser um referencial para que os profissionais que trabalham nesta área possam apoiar os cuidadores informais neste seu processo que, muitas vezes é solitário e que à medida que se vai desenvolvendo acarreta cada vez maiores necessidades, uma vez que os cuidadores também vão ficando mais idosos.

Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir como uma mais-valia para que os profissionais que trabalham com os cuidadores informais de idosos tomem uma maior consciência das necessidades de desenvolver programas educacionais que respondam a estas necessidades. Assim, espera-se que, segundo os resultados apresentados, e o maior conhecimento acerca das características dos cuidadores informais de idosos dependentes, os psicólogos e outros profissionais de saúde e técnicos que trabalham e contactam com os cuidadores informais, possam auxiliar nas suas necessidades e sentimentos de sobrecarga, promovendo a sua resiliência e otimismo.

A capacitação dos Cuidadores Informais do Idoso Dependente permitirá o empoderamento destes cuidadores, nomeadamente através de uma intervenção precoce que representará benefícios para os cuidadores e idosos cuidados, assim como para os sistemas sociais e de saúde, permitindo simultaneamente ganhos na saúde e redução de custos. A intervenção do Psicólogo Educacional nesta área poderá consubstanciar-se através de programas de formação, bem como na organização de Guias/Manuais de apoio ao cuidador para suporte facilitador da sua capacitação.

Como proposta neste sentido, é nosso entender que nesses programas de intervenção destinados aos cuidadores informais de idosos dependentes, podem ser trabalhados aspetos como: i) transmitir informações básicas sobre o envelhecimento, tanto a nível biológico como a nível psicológico e social; ii) dar a conhecer as doenças típicas do processo de envelhecimento; iii) realizar sessões de educação para a saúde do idoso; iv) dar informações e transmitir conhecimentos sobre o que é ser cuidador informal, bem como as implicações que este papel tem na vida pessoal, profissional e social do cuidador; v) promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais do cuidador informal; vi) promover no cuidador a valorização e o reconhecimento das suas qualidades e limitações durante a atividade de cuidar; vii) consciencializar os cuidadores acerca da importância de cuidarem de si próprios e providenciar-lhes estratégias para o fazerem; viii) realizar sessões de grupo com os cuidadores informais, como forma a promover a partilha das experiências do processo de cuidar, assim como partilhar conhecimentos práticos.

No futuro, seria ainda pertinente criar um Manual para o Cuidador Informal de Idosos Dependentes. Este poderia constituir-se como uma importante ferramenta prática e útil no dia-a-dia do cuidador informal, onde se abordassem questões relacionadas com o próprio cuidador, como por exemplo, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e providenciar estratégias básicas para o cuidador cuidar de si próprio, assim como

apresentar informações úteis do cuidado ao idoso dependente. Este guia poderia ainda englobar uma lista de contactos de emergência e contactos úteis de apoios sociais e comunitários, que muitas vezes são desconhecidos dos cuidadores.

Embora, a população de cuidadores informais de idosos dependentes tenha vindo a ser mais investigada na última década, uma das limitações deste estudo prendeu-se com o facto de não existirem muitos estudos sobre os cuidadores informais de idosos com algumas dependências.

Outra limitação encontrada está relacionada com o conhecimento dos motivos pelos quais o cuidador assumiu este papel, podendo esta análise constituir-se como uma mais-valia. Assim, seria interessante num futuro estudo analisar os motivos que levam os cuidadores informais de idosos a reconhecer este lugar na vida do idoso.

É importante destacar que, ao longo do processo de investigação, uma das principais limitações foi sem dúvida a recolha de uma amostra mais significativa e alargada a nível nacional, sendo esta muito relacionada com a situação atual que vivenciamos pela pandemia. A dificuldade de encontrar participantes que se enquadrassem nos critérios do estudo tornou-se mais elevada do que inicialmente era esperado. Devido à dimensão da amostra em estudo, não foi possível observar a relação entre variáveis através de uma regressão linear, possibilitando uma análise sobre qual o peso que cada uma destas variáveis apresenta para o desenvolvimento da resiliência no cuidador o que seria também muito interessante e se pode considerar uma sugestão futura.

Em nosso entender e consubstanciando os resultados por nós encontrados, defendemos que é urgente que o Estado continue a reconhecer o importante papel dos cuidadores informais, implementando mais políticas públicas de apoio que reforcem a rede das respostas sociais direcionadas à prestação de cuidados no domicílio, bem como de medidas de proteção aos cuidadores que, como vimos apresentam sobrecarga e necessidades de apoio e que em alguns casos têm que abandonar a sua vida profissional para cuidar dos seus familiares idosos.

Em suma, no final deste percurso que contribuiu significativamente para a minha formação enquanto futura psicóloga, esperamos que o presente estudo possa alicerçar o trabalho a desenvolver pelo Psicólogo Educacional nesta tão importante área da sua intervenção. A educação e desenvolvimento de projetos nesta área é sem dúvida uma importante necessidade nos tempos que vivemos!

## Referências Bibliográficas

- Abreu, M., Silva, A. L., Costa, N., & Wilson Abreu, W. (2015). Psychoeducational programs for informal caregivers of dependent older adults: Barriers to participation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 629-634. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34210/1/artigo%20afiliado%20WilsonA-13.pdf>
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 29(2), 103-125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16772239/>
- Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. [Dissertação de Mestrado em Gerontologia, área de especialização Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas]. [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/252871/1/Alcantara\\_Adr\\_iadeOliveira\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/252871/1/Alcantara_Adr_iadeOliveira_M.pdf)
- Almeida, M. F. V. de A., Laham, C. F., Santos, N. de O., Pinto, K. O., Chiba, T., & de Lucia, M. C. S. (2007). A vivência da doença por pacientes não idosos atendidos em um serviço de assistência domiciliar e seus cuidadores. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 2-22. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100002&lng=pt&tlng=pt)
- Amêndola, F., Oliveira, M. A., Alvarenga, M. R. M. A. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(2), 266-72. <https://www.scielo.br/j/tce/a/pjjSwVSQDbZBVWHGrF6qsfP/?format=pdf&lang=pt>
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. [Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, área de especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/10460>

- APA (s.d.). *Psychology and Aging - Addressing Mental Health Needs of Older Adults...*  
<https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>
- Araújo, A. (2015). *Sobrecarga e satisfação com o suporte social do cuidador informal do idoso no concelho de Vila Franca de Famalicão*. [Dissertação de mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto].  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10726/1/Sobrecarga%20e%20Satisfac%C3%A7%C3%A3o%20com%20o%20Suporte%20Social%20do%20Cuidador%20Informal%20do%20Idoso%20no%20concelho%20de%20Vila%20Nova%20de%20Famalic%C3%A3o.pdf>
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. C. Caldas e A. Mendonça. (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden - A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>.
- Bekhet, A. K. (2013). Effects of positive cognitions and resourcefulness on caregiver burden among caregivers of persons with dementia. *International Journal Mental Health Nurs*, 22(4), 340-346. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00877.x>
- Bertoletti, E., & Junges, J. R. (2014). O autocuidado de idosas octogenárias: desafio à Psicologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 285-303.  
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23019/16651>
- Biernacki, P., & Dan Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*. 10(2), 141-163.  
<https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
- Bjuggren, C. M., & Niklas N. (2019) Gender differences in optimism. *Applied Economics*, 51(47), 5160-5173. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1610714>
- Borsje, P., Hems, M. A., Lucassen, P. L., Bor, H., Koopmans, R. T., & Pot, A. M. (2016). Psychological distress in informal caregivers of patients with dementia in primary

- care: course and determinants. *Family Practice*, 33(4), 374–81. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw009>
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo origens. *Paideia*, 21(49), 263-271. <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/2%C2%BAAno%20mestrado/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado/9.%20Artigos%20das%20refer%C3%Aancias%20bibliogr%C3%A1ficas/Brand%C3%A3o,%20Mahfoud,%20&%20Gianordoli-Nascimento%20-%202011.pdf>
- Brigola, A. G., Manzini, C. S. S., Oliveira, G. B. S., Ottaviani, A. C., Sako, M. P., & Vale, F. A. C. (2015). Subjective memory complaints associated with depression and cognitive impairment in the elderly: a systematic review. *Dementia & Neuropsychology*, 9(1), 51-57. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642015DN9100009>
- Caldeira, A. P. S., & Ribeiro, R. C. H. M. (2004). O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2), 1-6. [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf)
- Caramelli, P., & Tavares, A. (2007). Transtornos Mentais Orgânico – Módulo III. In Forlenza, O. V. (Org.) *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. pp. 149-256. São Paulo: Atheneu.
- Carver C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In Chang, E. C., editor. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. pp. 31–51. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-297. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. G. (2010). Optimism. *Clinical Psychological Review*, 30, 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>

- Carver, S. C., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). Oxford University Press.
- Cassis, S. V. A., Karnakis, T., Moraes, T. A., Curiati, J. A. É., Quadrante, A. C. R., & Magaldi, R. M. (2007). Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Médica do Brasil*, 53(6), 497-501. <https://www.scielo.br/j/ramb/a/qkDqLxy5mjZRPjqMYVFss3m/?format=pdf&lang=pt>
- Chen, Y., Ngo, V., Park, S. Y. (2013). Caring for caregivers: designing for integrality. *On the Record: Information and Communication in Medical Contexts*, 91-102. <https://doi.org/10.1145/2441776.2441789>
- Coles, L. S. (1996). *Theories of Aging: the fable of the blind men touching the elephant*.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Campos, R. F., Rivera-Navarro, J., & Lucena, V. M. (2015). A Control-Based Multidimensional Approach to the Role of Optimism in the Use of Dementia Day Care Services. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(7), 686-693. <https://doi.org/10.1177/1533317513494439>
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S., & Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging & Mental Health*, 16(6), 675-682. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.684666>
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S., & Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: a perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging Ment Health*, 16(6), 675-682. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.684666>
- Corrêa, J. C., Ferreira, M. E. C., Ferreira, V. N., & Banhato, E. F. C. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 127-136. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wwRGpXHrfJmR9sTHwN44v4g/?lang=pt>
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: Formação, prática e competências dos enfermeiros*.

- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Referência de Enfermagem Referência, III(2)*, 127-136. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-127.pdf>
- Cruz, M. N., & Hamdan, A. C. (2008). *O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicologia em estudo, 13(2)*, 223-229. <https://www.scielo.br/j/pe/a/FfkrRGDyG5QmgifpXt5vfrk/?format=pdf&lang=pt>
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería, 18(203)*, 21-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1064949>
- [Decreto-Lei nº101/2006 do Ministério da Saúde. \(2006\). Diário da República: I Série, n.º 101. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html](https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html)
- Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F., Nogueira, M. M., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 20(10)*, 1-8. <https://www.scielo.br/pdf/trends/2015nahead/2237-6089-trends-2014-0032.pdf>
- Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F., Nogueira, M. M., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 37(1)*. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0032>
- Duarte, J. E., Melo, R. V., & Azevedo, R. S. (2008). Cuidando do cuidador. In E. N. Moraes (Ed.), *Principios Básicos de Geriatria e Gerontologia* (pp. 371-379). Coopmed.
- Dusek, G. A., Yurova, Y. V., & Ruppel, C. P. (2015). Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: A case study. *International Journal of Doctoral Studies, 10*, 279-299. <http://ijds.org/Volume10/IJDSv10p279-299Dusek0717.pdf>
- Falcão, D. V. S., Teodoro, M. L. M., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2016). Family cohesion: A study on caregiving daughters of parents with Alzheimer's disease.

*Interpersona: an International Journal on Personal Relationships*, 10, 61-74.  
<https://doi.org/10.5964/ijpr.v10isupp1.244>

Faria, C.A., Alves, H.V.D., & Charchat-Fichman, H. (2015). The most frequently used tests for assessing executive functions in aging. *Dementia & Neuropsychology*, 9(2), 149-155. <https://doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000009>

Fernandes, J. (2009). Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar. [Dissertação de Mestrado em Medicina, área de especialização em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa].  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820\\_ulsd57600\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf)

Fernández-Lansac, V., López, M. C., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resilience in caregivers of patients with dementia: A preliminary study. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 47(3), 102-109.  
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.004>

Firmino (2018). Prefácio. In Sequeira, Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. pp.XI-XII, Editora: LIDEL.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Gaioli, C. C., Furegato, A. R., & Santos, J. L. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 150-157.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/9pRLn7zsspd87YyT5cBgGjC/?format=pdf&lang=pt>

Garces, S. B., Krug, M. R., Hansen, D., Brunelli, A. V., Costa, F. T. L., Rosa, C. B., ... Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 335-52.  
<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200016>

Garces, S. B., Krug, M. R., Hansen, D., Brunelli, A. V., da Costa, F. T., Rosa, C. B., Bianchi, P. D., Mattos, C. M. Z., & Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15, 335-352. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200016>

- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. C. Caldas & A. Mendonça. (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 62(1). <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.P38>
- Gillham, J. E., Shatte, A. J., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style. In Chang, E. C., editor. *Optimism & pessimismo*. pp. 53–75. American Psychological Association.
- Gratão, A. C. M. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 304-12. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2.pdf>
- Gray, R. S., Hahn, L., Thapsuwan, S., & Thongcharoenchupong, N. (2016). Strength and stress: positive and negative impacts on caregivers for older adults in Thailand. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), 7–12. <https://doi.org/10.1111/ajag.12266>
- Hollander, M. J., Liu, G., & Chappell, N. L. (2009). Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. *Healthcare Quarterly*, 12(2), 42-49. <https://www.longwoods.com/content/20739/who-cares-and-how-much-the-imputed-economic-contribution-to-the-canadian-healthcare-system-of-middl>
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, S. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: *The role of personality*. *Journal Psychology and Aging*, 7, 367–75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1388857/>
- INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Ministério de Assuntos Sociales.
- Isaac, V., Stewart, R., & Krishnamoorthy, E. (2011). Caregiver Burden and Quality of Life of Older Persons With Stroke - A Community Hospital Study in South India. *Journal of Applied Gerontology*, 30(5), 643-654. <https://doi.org/10.1177/0733464810369340>

- Keeffe, J. M., & Medjuck, S. M. (1997). The contribution of long-term economic cost to predicting strain among employed women caregivers. *Journal of Women and Aging*, 9(3), 3-23. [https://doi.org/10.1300/J074v09n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J074v09n03_02)
- Knight, B. G., & Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: the updated Sociocultural Stress and Coping Model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65, 5-13. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp096>
- Lavretsky, H., Siddarth, P., & Irwin, M. R. (2010). Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18(2), 154-162. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181beab1e>
- Leuschner, A. (2005). Os auxílios disponíveis: os serviços de saúde mental. In A. C. Caldas e A. Mendonça. (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel- Edições Técnicas.
- Limpawattana, P., Theeranut, A., Chindaprasirt, J., Sawanyawisuth, K., & Pimporm, J. (2012). Caregivers Burden of Older Adults with Chronic Illnesses in the Community: A Cross-Sectional Study. *Journal Community Health*, 38(1), 40-45. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9576-6>
- Lopes, R. G. C., Barbieri, N. A., & Gambale, C. A. (2009). Velhice contemporânea e atuação do psicólogo. In Falcão, D. V. S., & Araújo, L. F. *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. p. 195-213. Alínea. <https://www.grupoatomoealinea.com.br/psicologia-do-envelhecimento-relacoes-sociais-bemestar-subjetivo-e-atuacao-profissional-em-contextos-diferenciados.html>
- Lopes, S. R. A., & Massinelli, C. J. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, 40, 134-145. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100012&lng=pt&tlng=pt)
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling

- frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.845>
- Mackay, C., & Pakenham, K. I. (2011). Identification of stress and coping risk and protective factors associated with changes in adjustment to caring for an adult with mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 1064-1079. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20829>
- Malloy-diniz, L., Fuentes, D., & Consenza, R. M. (2013). Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed. [https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/7071/book\\_Neuropsicologia\\_do\\_Envelhecimento\\_Uma\\_Abordagem\\_Multidimensional\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/7071/book_Neuropsicologia_do_Envelhecimento_Uma_Abordagem_Multidimensional_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Manzini, C. S. S., Brigola, A. G., Pavarini, S. C. I., & Vale, F. A. C. (2016). Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 703-714. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>
- Marquéz-González, M., Baltar, A. L., Puente, C. P., & Romero-Moreno, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Espa ola de Geriatr a y Gerontolog a*, 44(5), 251-255. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.009>
- Martins, M. H. (2015). Envelhecimento e resiliência: Perspetivas para a reabilita o do idoso. Faro: GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares, *Cadernos do GREI*, 10 (ebook). <https://doi.org/10.1314/RG.21.3802.3209>
- Martins, M. H. (2018). Envelhecer com Resiliência e Sabedoria – Podem os ganhos compensar as perdas nesta etapa da vida? In, H. Ralha-Simões (Organiza o). *Resiliência - Novos olhares face aos desafios do nosso tempo.*, (pp. 93-106), Edi oes ex-Libris.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores.* (1nd ed.) Formasau.

- Martins, T., Peixoto, M. J., Araújo, F., Rodrigues, M., & Pires, F. (2015). Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*, 49(2), 236-244. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200008>
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garret, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148. [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Estudo\\_de\\_validacao\\_do\\_questionario\\_de\\_avaliacao\\_da\\_sobrecarga\\_para\\_cuidadores\\_informais.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Estudo_de_validacao_do_questionario_de_avaliacao_da_sobrecarga_para_cuidadores_informais.pdf)
- Melillo, A., & Ojeda, E. N. S. (2006). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Artmed.
- Monaham, D. J. (2011). Utilization patterns of caregiver education and support programs. In R. W. Toseland, D. H. Haigler, D. J. Monaham (Eds), *Education and support programs for caregivers – Research, Practice, Policy* (pp. 29- 43). Springer
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa Loures*. Lusociência.
- Moreira, M. L., Bucher-Maluschke, J. S. N. F., Silva, J. C., & Falcão, D. V. S. (2018). Cuidadores informais de familiares com Alzheimer: vivências e significados em homens. *Contextos Clínicos*, 11(3), 373-385. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.08>
- Neri, A. L., Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspetos psicossociais. In E. V. Freitas et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- O'Rourke, N., Kupferschmidt, A. L., Claxton, A., Smith, J. Z., Chappell, N., & Beattie, B. L. (2010). Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging Mental Health*, 14(8), 984-993. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501063>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777–1804. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807734/>

- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., ... Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry*, 18(27). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento*. Lisboa.  
[https://recursos.ordemospsicologos.pt/files/artigos/papel\\_psic\\_envelhecimento-2.pdf](https://recursos.ordemospsicologos.pt/files/artigos/papel_psic_envelhecimento-2.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). *Trastornos mentales y del comportamiento - Criterios diagnósticos de investigación*. Meditor.
- Ortín, F. J., Fayos, E. J. G., Gosálvez, J., Ortega, E., & Olmedilla, A. (2011). Optimismo y ejecución em el deporte em situaciones adversas. Replicando a Seligman 1990. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 491-501.  
[https://www.researchgate.net/publication/329528496\\_Optimismo\\_y\\_ejecucion\\_en\\_el\\_deporte\\_en\\_situaciones\\_adversas\\_Replicando\\_a\\_Seligman\\_1990](https://www.researchgate.net/publication/329528496_Optimismo_y_ejecucion_en_el_deporte_en_situaciones_adversas_Replicando_a_Seligman_1990)
- Ottati, F., & Noronha, A. P. P. (2017). Factor structure of the Life Orientation Test – Revised (LOT-R). *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 40-48.  
<https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.3>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35–40.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/>
- Penning, M. J., & Wu, Z. (2015). Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *Gerontologist*, 56(6), 1102-1113.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv038>.
- Penrod, J. D., Kane, R. A., Kane, R. L., & Finch, M. D. (1995). Who care? The size scope and composition of the caregiver support system. *The Gerontologist*, 35(4), 489-497. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7557519/>

- Pereira, F. (2015). *Necessidades dos cuidadores de doentes com demência*. [Doctoral dissertation, Universidade Autónoma de Lisboa]. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1870/1/Necessidades%20de%20Cuidadores%20de%20Doentes%20com%20Dem%c3%aancia-1x.pdf>
- Pereira, M. J., & Filgueiras, M. S. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Atenção Primária à Saúde*, 12(1), 72-82. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14159/7663>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448. <https://www.scielo.br/j/csp/a/KqxTTDpqthcPSL8nkbnyY6S/?lang=pt&format=pdf>
- Pino-casado, R., Frías-osuna, A., & Palomino-moral, P. (2011). Subjective Burden and Cultural Motives for Caregiving in Informal Caregivers of Older People. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 282–291. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01407.x>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: wich interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-Pardo, E., & Muñoz, J. J. F. (2017). Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Revista Educación y Humanismo*, 19(32), 88-101. <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.19.32.2533>
- Portaria nº2/2020 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020) Diário da República: I série, nº 7. <https://data.dre.pt/eli/port/2/2020/01/10/p/dre>
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>.
- Ribeiro, M. I., & Veiga-Branco, A. (2014). Autoperceção da vida e autoconfiança dos estudantes no envolvimento e realização de projetos pessoais e coletivos. In F. H.

- Veiga et al. (Eds.). *Atas do I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação*, pp. 394-408. Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-989-98314-7-6.
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rocha, M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50 – 56. <https://www.scielo.br/j/ape/a/KmsX36GC6xpJy6fPrjjQvnk/?format=pdf&lang=pt>
- Rodger, D., Neill, M., & Nugent, L. (2015). Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. *British Journal of Community Nursing*, 20(6), 280 – 285. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.280>
- Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D., & Ramos, F. (2019). Exploring the association between optimism and quality of life among informal caregivers of persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(3), 309–315. <https://doi.org/10.1017/S104161021800090X>
- Santana, M., & Beluco, A. (2017). A atuação do psicólogo na promoção da qualidade de vida a idosos asilados. *Revista UNINGÁ Review*, 29(3), 132-137. <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1982/1577>
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã*. [Dissertação de Mestrado em Comunicação da Saúde, área de especialização em Comunicação da Saúde, Universidade Aberta de Lisboa]. [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/TMCS\\_DinaSantos.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/TMCS_DinaSantos.pdf)
- Scheier, M. F. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201–28. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01173489>

- Segerstrom, S. C., Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2017). Optimism. In M. Robinson, & M. Eid (Org.), *The happy mind: Cognitive contributions to well-being*, (pp. 195-212). Springer, Cham.
- Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas representações na família*. [Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem, área de especialização em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto]. [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/teses.tese?p\\_aluno\\_id=98495&p\\_processo=16848](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/teses.tese?p_aluno_id=98495&p_processo=16848)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (1nd ed.) Lidel.
- Shanas, E. (1979). The family as a support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2), 262-271. <https://doi.org/10.1093/geront/19.2.169>
- Silva, A. A., & Arraias, A. R. (2015). O psicólogo hospitalar frente à vivência do cuidador-familiar do idoso hospitalizado. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 18(1), 82-104. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n1/v18n1a05.pdf>
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800011>.
- Sun, F. (2014). Caregiving stress and coping: A thematic analysis of Chinese family caregivers of persons with dementia. *Dementia (London)*, 13(6), 803-818. <https://doi.org/10.1177/1471301213485593>
- Tampi, R. R., Williamson, D., Muralee, S., Mittal, V., McEnerney, N., Thomas, J., & Cash, M. (2011). Behavioral and psychological symptoms of dementia: part I - epidemiology, neurobiology, heritability, and evaluation. *Clinical Geriatrics*. 19(5), 41-46. <https://www.consultant360.com/articles/behavioral-and-psychological-symptoms-dementia-part-i-epidemiology-neurobiology>
- Tinoco, E. M. O., Tinoco, L. A. B., & Carvalho, A. L. N. (2015). Envelhecimento saudável: o que dizem os idosos e os profissionais da área de psicologia. *Polêmica*,

15(1), 47-60. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/16008/12016>

Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 7-18. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-18>

Tristão, F. R., & dos Santos, S. M. A. (2015). Care of the elderly with Alzheimer's family caregiver: a university extension activity. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(4), 1175-1180. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003060014>.

Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–33. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>

Ungar, M. (2008). Putting resilience theory into action: Five principles for intervention. In L. Liebenberg & M. Ungar (Eds.), *Resilience in action* (pp.17-38). Toronto: University of Toronto Press. <https://esteemjourney.com/wp-content/uploads/2018/07/Putting-Resilience-Theory-Into-Action.pdf>.

Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Picco, L., Shafie, S., Seow, E., ... Subramaniam, M. (2016). Psychiatric morbidity and its correlates among informal caregivers of older adults. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 178–85. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.017>

van den Berg, B., Brouwer, W. B., & Koopmanschap, M. A. (2004). Economic valuation of informal care: an overview of methods and applications. *The European Journal of Health Economics*, 5(1), 36-45. <https://doi.org/10.1007/s10198-003-0189-y>

Vieira, C., Fialho, A., & Moreira, T. (2011). Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(1), 160-166. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100019>

Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>.

Weineck, J. (2001). *Biologia do esporte*. Barueri: Manole.

- Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's aggression: influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(3), 260-275.  
<https://doi.org/10.1080/01634372.2010.544531>
- Wolf, D. A., Freedman, V. & Soldo, B. J. (1997). The division of family labour: care for elderly parents. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52, 102-109.  
[https://doi.org/10.1093/geronb/52B.Special\\_Issue.102](https://doi.org/10.1093/geronb/52B.Special_Issue.102)
- Yassuda, M. S., Cid, C. G., & Camargo, C. H, P. De. (2007) Reabilitação do Idoso - Módulo V. In: Forlenza, O. V. (Org.) *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. pp. 391-440. São Paulo: Atheneu.
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.  
<https://doi.org/10.1093/geront/40.2.147>
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2008). O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: caso de resiliência familiar? *Revista Psicodebate, Psicologia, Cultura Social*, (7), 119-40.  
<https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2008.pdf>
- Zimmerman, E. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## **Apêndices**

## Apêndice 1- Consentimento Informado



### Consentimento Informado

Eu, Margarida Cabanita, aluna do Mestrado de Psicologia da Educação ([a57466@ualg.pt](mailto:a57466@ualg.pt)), na Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, encontro-me a realizar a minha dissertação de final de curso, cujo tema é “O Cuidador informal de Idosos -Contribuições para o estudo das suas necessidades, sobrecarga, resiliência e otimismo-” sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

Este estudo tem como principal objetivo conhecer e analisar o perfil e as características dos cuidadores informais de idosos com princípios de patologias. Pretende-se, também, estudar fatores de resiliência, necessidades, sobrecarga e otimismo experienciados pelos cuidadores informais quando têm a cargo cuidados com princípios de patologias.

O conhecimento destes fatores poderá ajudar a promover ações de intervenção que poderão constituir-se um importante recurso para os cuidadores formais de idosos. É neste sentido que a sua participação é extremamente importante pelo que apelamos à sua colaboração na resposta a alguns questionários que nos irão permitir uma melhor compreensão acerca da problemática em estudo e possibilitar desenvolver um programa de formação para cuidadores de idosos.

Os questionários são individuais, confidenciais e anónimos e todos os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito da presente investigação.

**Desde já, agradecemos a sua colaboração e disponibilidade em participar nesta investigação.**

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Cabanita

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Helena Martins

## Consentimento Informado

Declaro ter conhecimento sobre os objetivos do estudo, sobre o seu caráter anônimo e confidencial, e autorizo a utilização das respostas dos questionários para fins de investigação científica.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

---

---

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

1. **Género:** Masculino  Feminino
2. **Idade (anos):** \_\_\_\_\_
3. **Estado civil:**  
Solteiro(a)  Casado(a)  União de Facto   
Divorciado(a)  Viúvo(a)
4. **Escolaridade:**  
Ensino Básico - 1ºCiclo (4ºano)  Ensino Básico - 2ºCiclo (6ºano)   
Ensino Básico - 3ºCiclo (9ºano)  Ensino Secundário (12ºano)   
Licenciatura  Mestrado  Doutoramento
5. **Situação profissional:**  
Empregado  Desempregado  Reformado
6. **Grau de parentesco com o idoso:** \_\_\_\_\_
7. **Quantos meses por ano exerce funções de cuidador?** \_\_\_\_\_
8. **Quantos dias por semana exerce funções de cuidador?** \_\_\_\_\_
9. **Quantas horas por dia exerce funções de cuidador?** \_\_\_\_\_
10. **Há quantos anos é cuidador?** \_\_\_\_\_
11. **Coabita com a pessoa que cuida?**  
Sim  Não
12. **Recebe alguma compensação monetária por prestar este cuidado?**  
Sim  Não
13. **Como avalia o seu estado de saúde atual?** (de 1 a 5; 1 = mau e 5 = bom):  
1  2  3  4  5
14. **Como avalia o seu bem-estar psicológico atual?** (de 1 a 5; 1 = mau e 5 = bom):  
1  2  3  4  5

**Apêndice 3- Estatística descritiva (*M*, *DP*, *Min.* e *Max.*) para os itens do Questionário das Necessidades Percebidas**

	<i>N</i> = 42	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Suporte financeiro?		2.52	1.27	1	5
Melhor adequação e equipamento da sua residência?		2.98	1.30	1	5
Apoio domiciliário nos cuidados diários ao idoso?		2.48	1.49	1	5
Apoio de enfermagem no domicílio para cuidar do idoso?		1.93	1.28	1	5
Facilidade de acesso a médico de família do idoso?		3.45	1.11	1	5
Facilidade de acesso a consulta de alterações cognitivas?		3.33	1.18	1	5
Conhecer melhor a doença do idoso de quem cuida?		3.02	1.28	1	5
Ter mais experiência para cuidar de idosos com dependência significativa?		2.98	1.22	1	5
Ter mais experiência para lidar com alterações de comportamento?		2.95	1.31	1	5
Participar em grupos de autoajuda com outras pessoas que estão também a cuidar de idosos com dependência significativa?		2.50	1.42	1	5
Ter apoio psicológico em grupo?		2.24	1.25	1	5
Ter apoio psicológico individual?		2.43	1.27	1	5

**Apêndice 4 – Estatística descritiva (*M*, *DP*, *Min.* e *Max.*) para os itens do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)**

	<i>N</i> = 42	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?		2.88	1.19	1	5
Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?		2.69	1.14	1	5
Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?		2.98	1.47	1	5
A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?		2.98	1.42	1	5
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?		1.93	1.09	1	4
Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?		2.12	1.25	1	4
Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?		2.19	1.23	1	5
Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?		1.60	1.04	1	5
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?		3.64	1.06	1	5
Sente-se com capacidade para tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?		4.00	.86	2	5
A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?		3.71	1.33	1	5
Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?		3.79	1.28	1	5
Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?		3.88	1.23	1	5
Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?		3.43	1.40	1	5

**Apêndice 5 – Estatística descritiva (*M*, *DP*, *Min.* e *Max.*) para os itens da Escala *Measuring State Resilience***

	<i>N</i> = 42	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Tenho alguém que gosta de mim.	4.62	.80	2	5	
Tenho alguém fora da minha casa a quem posso falar sobre os meus problemas.	4.26	1.1	1	5	
Fico satisfeito(a) quando faço as coisas sem ajuda.	4.69	.56	3	5	
Sei que posso contar com a minha família quando preciso.	4.26	1.1	1	5	
Eu acredito que tudo me irá correr bem.	4.00	.99	1	5	
Faço as coisas de forma simpática, o que faz as pessoas gostarem de mim.	3.95	1.2	1	5	
Tenho fé em Deus.	4.50	.99	1	5	
Estou desejo(a) de experimentar coisas novas.	3.90	.91	2	5	
Gosto de fazer bem o que faço.	4.81	.46	3	5	
Sinto que o que faço ajuda a que as coisas resultem.	4.55	.59	3	5	
Eu gosto de mim.	4.48	.74	2	5	
Eu posso concentrar-me numa tarefa e continuar com ela durante algum tempo.	4.29	.84	1	5	
Eu tenho sentido de humor.	4.33	.77	3	5	
Eu faço planos para realizar coisas.	4.36	.82	2	5	

**Apêndice 6 – Teste de Normalidade para as variáveis Necessidades Percebidas, Sobrecarga, Resiliência e Otimismo.**

	<i>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Estatística</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Estatística</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>ca</i>			<i>ca</i>		
Pontuação Total Necessidades	.077	42	.200*	.985	42	.836
Pontuação Total Sobrecarga	.106	42	.200*	.972	42	.383
Pontuação Total Resiliência	.083	42	.200*	.960	42	.145
Pontuação Total Otimismo	.152	42	.016	.932	42	.015

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## **Anexos**

## Anexo 1- Questionário de Necessidades Percebidas

### **QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES PERCEBIDAS**

(Versão adaptada de Pereira, F., 2015, por Cabanita, M. & Martins, M. 2020)

Enunciam-se seguidamente um conjunto de **possíveis ajudas para os cuidadores**. De acordo com a sua situação atual, refira **em que medida cada uma destas ajudas iria melhorar o seu bem-estar como cuidador, ou bem-estar da pessoa de quem está a cuidar**. Pretende-se conhecer as suas necessidades adicionais, para além do que já dispõe, de cada uma destas medidas. Se, por exemplo, há um mês começou a ter apoio domiciliário, e isso melhorou o seu bem-estar como cuidador, o que pretendemos saber, em relação ao apoio domiciliário, é se precisaria de mais apoio. Se o apoio domiciliário atual satisfaz as suas necessidades, então a resposta será *nada*.

**Coloque um X na opção que melhor representa as suas necessidades, de acordo com a valorização que se segue:**

<b>Nada</b>	<b>1</b>
<b>Pouco</b>	<b>2</b>
<b>Moderadamente</b>	<b>3</b>
<b>Muito</b>	<b>4</b>
<b>Muitíssimo</b>	<b>5</b>

---

Exemplos de itens:

- Suporte financeiro?
- Apoio de enfermagem no domicílio para cuidar do idoso?
- Conhecer melhor a doença do idoso de quem cuida?
- Ter apoio psicológico individual?

**Outras necessidades, sugestões:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Anexo 2- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)**

**Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Versão reduzida**

**Leia com atenção as seguintes afirmações e para cada uma delas selecione com um círculo o número que corresponde à resposta que mais se adequa a si.**

**Não / Nunca - 1; Raramente - 2; Às vezes - 3; Quase sempre - 4; Sempre - 5.**

---

**Nas últimas quatro semanas:**

Exemplos de itens:

- Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?
- Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?
- Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?
- A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Anexo 3- A Escala *Measuring State Resilience***

**MEASURING STATE RESILIENCE**

**Chock C. Hiew, Ph.D.**

(Versão adaptada à população portuguesa, por Helena Martins, 2000)

**Instruções:** Segue-se um conjunto de afirmações usadas pelas pessoas para se descreverem a si próprias. **Leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo sobre o número, que melhor indica o seu grau de concordância ou discordância face ao que é afirmado.** Todas as afirmações devem ser antecedidas pela expressão “*no momento atual*”.

**Para cada afirmação escolha uma alternativa:**

**Discordo totalmente – 1; Discordo – 2; Neutro – 3;**

**Concordo – 4; Concordo totalmente – 5.**

---

**No momento atual:**

Exemplos de itens:

- Tenho alguém que gosta de mim?
- Eu acredito que tudo me irá correr bem.
- Gosto de fazer bem o que faço.
- Eu tenho sentido de humor.

**Obrigada pela colaboração!**

#### Anexo 4- Escala sobre o Otimismo

## **ESCALA SOBRE O OTIMISMO**

(Barros, 1998)

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face ao futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas, **conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser**. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. **O questionário é anónimo.**

**Faça um círculo em volta do número que melhor corresponda à sua situação, conforme esta chave:**

**1 = Totalmente em desacordo (Absolutamente Não)**

**2 = Bastante em desacordo (Não)**

**3 = Nem de acordo, nem em desacordo (Mais ou menos)**

**4 = Bastante de acordo (Sim)**

**5 = Totalmente de acordo (Absolutamente Sim)**

---

Exemplos de itens:

→ Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo.

→ Em geral, considero-me uma pessoa otimista.

**Obrigada pela sua colaboração!**

## Anexo 5 – Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD- UAlg)

### Re: Declaração do Encarregado de Proteção de Dados da UAlg (EPD- UAlg)

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rqupd@ualg.pt>

qui, 22/04/2021 11:07

Para: MARGARIDA CURADO CABANITA <a57466@ualg.pt>

Estimada Margarida Cabanita

Na resposta ao Vosso pedido de parecer do questionário "O Cuidador informal de Idosos-Contribuições para o estudo das suas necessidades, sobrecarga, resiliência e otimismo", na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve, designado nos termos do nº 1 do artigo 37º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e no exercício das funções de controlo de Conformidade de Questionários para Projeto de Mestrado (doravante designado por Questionários), de acordo com a alínea b) do nº 1 do artigo 39º do RGPD, apresento à Vossa consideração as seguintes observações :

#### 1. Inexistência de Tratamento de Dados Pessoais

1.2. De acordo com os termos do Consentimento Informado e citando, é afirmado que «Os questionários são individuais, confidenciais e anónimos e todos os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito da presente investigação.».

1.3. De acordo com a análise aos campos dos inquéritos a realizar, constata-se a inexistência de campos de recolha de dados que permitam identificar ou tornar identificáveis pessoais singulares, não existindo, assim, campos que possam ser considerados campos de recolha de dados pessoais.

#### 2. Avaliação da Conformidade RGPD e LPDP

Uma vez que, de acordo com a Vossa descrição, os Inquéritos são anónimos, não existindo tratamento de dados pessoais, nos termos dos nºs 1 e 2 do artigo 4º RGPD, não há necessidade de avaliar a respetiva conformidade ou licitude, nos termos da alínea a) do nº 1 do artigo 5º RGPD, não se aplicando, nestes Inquéritos em concreto as normas de proteção de dados pessoais;

#### 3. Parecer

Sou de Parecer que os Inquéritos, nos termos descritos, não se enquadram no âmbito de aplicação das normas de proteção de dados pessoais, não existindo, do ponto de vista do EPD, avaliações de conformidade a realizar – pelo que, no que respeita à sua conformidade com a proteção de dados pessoais, estão em condições de ser realizados.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UAlg

## Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética da UAlg



Nº DO PROCESSO	CEUAlg Pn°42/2021
DATA DO PEDIDO	29/03/2021
TÍTULO/TEMA	O Cuidador Informal de Idosos- Contribuições para o estudo das suas necessidades, sobrecarga, resiliência e otimismo.
RESPONSÁVEL	Margarida Curado Cabanita
FUNDAMENTO DO PEDIDO DE PARECER	<p>O presente estudo de investigação, no âmbito de dissertação de mestrado, tem como problemática conhecer e analisar o enquadramento dos cuidadores informais a idosos e a forma como estes lidam com as necessidades que vão surgindo ao longo do seu papel de cuidar.</p> <p>Através deste pedido de autorização pretende-se apresentar os fundamentos e a justificativa para aplicar questionários aos participantes no estudo supramencionado através de uma plataforma online. É nosso entender que o presente estudo investigativo procura colmatar alguns défices a nível de conhecimentos sobre as vivências e perceções individuais de uma amostra de cuidadores informais que exercem a sua atividade neste âmbito.</p>
PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UALG	<b>Positivo sem recomendações.</b>

Universidade do Algarve, 14/05/2021

A Presidente da Comissão de Ética da UAlg

Profª. Doutora Helena Guerreiro José

## Anexo 7 – E-mail de autorização para utilização do Questionário de Necessidades Percebidas



Francisco Pereira <xmonizpereira@gmail.com>  
seg, 10/08/2020 16:11

Para: MARGARIDA CURADO CABANITA; fpereira@autonoma.pt



Cara Margarida

Certamente poderá utilizar os questionários referidos

Se precisar de algo mais da minha parte estarei ao dispor

Felicidades para o seu trabalho

Cumprimentos também para a Prof Maria Helena Martins



[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Reencaminhar](#)

## Anexo 8 - E-mail de autorização para utilização do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)



Teresa Martins <teresam@esenf.pt>

qui, 30/07/2020 18:58

Para: MARGARIDA CURADO CABANITA



2 anexos (302 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Universidade do Algarve

Cara Margarida

Felicito-a pela opção de estudar esta área da saúde, que merece o nosso investimento no sentido de ajudar os cuidadores a vivenciarem esta etapa de transição de vida, com maior suporte e orientação.

Envio-lhe o QASCI e as normas, caso tenha qualquer dúvida, contacte, estarei ao dispor.

Com os melhores cumprimentos pessoais,

**Teresa Martins**

PhD Professora-Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 PORTO

Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337

Correio electrónico: [teresam@esenf.pt](mailto:teresam@esenf.pt)

Web: <http://portal.esenf.pt>

