



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia da Saúde

**“Stresse e *coping* do cuidador informal do idoso em
situação de dependência”**

Bruno Miguel Parrinha Rocha

ORIENTADOR: Prof^o Doutor José Eusébio Palma Pacheco

FARO
Outubro, 2009



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia da Saúde

“Stresse e *coping* do cuidador informal do idoso em situação de dependência”

Bruno Miguel Parrinha Rocha

ORIENTADOR: Prof^o Doutor José Eusébio Palma Pacheco

Dissertação da tese de mestrado em
Psicologia: ramo de especialização em
psicologia da saúde na Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais da
Universidade do Algarve

FARO

Outubro, 2009

“O começo é a parte mais difícil do trabalho.”

Platão

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores e cuidadoras informais que contribuíram com a sua vivência e disponibilidade para a realização deste estudo.

Ao Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco pelo acompanhamento e orientação.

À Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. e à IPSS Provectus pela cedência de informação acerca dos seus utentes e cuidadores, totalidade da amostra deste estudo.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, pelo contributo dado na cedência da autorização da utilização da sua escala de avaliação do *coping* nos cuidadores informais.

Aos colegas de turma de Mestrado pelo apoio e partilha de experiências no decurso da realização da tese.

Aos meus Pais pelo incentivo e motivação dada.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

Este trabalho teve por base a convicção que existe relação entre o stresse nos cuidadores informais de idosos e as estratégias de *coping* por eles utilizadas, sendo a gestão do stresse um factor importante para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais e consequentemente a melhoria da prestação de cuidados dos seus dependentes.

Neste sentido, foi efectuado uma pesquisa de cariz exploratório e descritivo, que envolveu 110 cuidadores informais de idosos dependentes residentes no Concelho de Faro (Algarve/Portugal) cuja colheita de dados foi efectuada individualmente no domicílio de cada participante conforme a sua disponibilidade.

Foi assim previamente elaborado um enquadramento teórico acerca da temática de onde originaram as hipóteses em estudo.

Os dados apontam para que a presença de lesões corporais nos idosos dependentes sejam geradoras do aumento do stresse nos cuidadores informais. Sugerem também que os cuidadores informais secundários podem ser uma fonte de stresse.

Verificou-se que as estratégias de *coping* centradas no meio são consideradas eficazes para os cuidadores de idosos mais dependentes e que as estratégias centradas no cuidador e nas percepções alternativas sobre a situação, ou seja, estratégias centradas na emoção, são aquelas que geram menor intensidade de stresse.

Foi assim proposto um modelo de intervenção para a gestão de stresse e *coping* do cuidador informal que utiliza uma estratégia mista orientada para a tarefa e para a emoção, cada qual no seu devido momento. Sugere-se então inicialmente uma abordagem centrada no

ambiente, nomeadamente o ambiente físico e ajudas técnicas, recursos humanos, a educação para a saúde dos cuidadores e recursos económicos possíveis promovendo reorganização do cuidador e adaptação, seguido de uma abordagem centrada na emoção e na aceitação da situação como crónica.

São contudo poucos os estudos que relacionam o stresse dos cuidadores informais com as suas estratégias de *coping*, sendo importante em estudos futuros continuar a investir nesta área que tanto interesse traz para a Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

This study is based on the conviction that stress in the caregivers of elder people is related with their coping strategies, being the stress management a major issue for mental health promotion in the caregivers, leading to better care of their dependents.

In this line of work, a research of exploratory and descriptive type was delineated, implicating 110 caregivers living in the municipality of Faro (Algarve/Portugal), being the collect of patient's information arranged one at the time in each participant home, depending on their availability.

Previously it was defined a theoretical picture involving the issue, were it was based the studied hypotheses.

The data available shows us that the increasement of the informal caregivers stress is generated by the presence of body injuries in dependent elder people. Also suggest that secondary informal caregivers can be a source of stresse.

It was verified that the environment centered coping strategies are considered effective to of most dependent elder people caregivers, and the caregiver centered coping strategies and the alternative perceptions about the situation, namely, emotion centered strategies, are those that generate less stress intensity. It was proposed an intervention model for the informal caregiver stresse and coping management, using a mix strategy guide for task and emotion, each one on the appropriate time. The model suggest initially an approach centered in the environment, namely the physical environment, the adapted help instruments, the human resources, the caregivers health education and the possible economical resources,

promoting a caregiver reorganization and adaptation, followed by an approach centered on emotion and accepting the chronic situation.

There are still few studies that related stress in caregivers with their coping strategies, being important in further studies to keep investing in this area which so much importance has to Health Psychology.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I	19
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
CAPÍTULO 1 – O STRESSE	20
1.1 – DEFINIÇÃO DE STRESSE.....	20
1.2 – O MECANISMO DE ACTIVAÇÃO DO STRESSE	21
1.3 – O STRESSE E O CUIDADOR INFORMAL	27
CAPÍTULO 2 – O COPING	32
2.1 – DEFINIÇÃO DE <i>COPING</i>	32
2.2 – O <i>COPING</i> E O CUIDADOR INFORMAL	37
CAPÍTULO 3 – O ENVELHECIMENTO E A DEPENDÊNCIA	42
3.1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	42
3.1.1 – Envelhecimento biológico	45
3.1.2 – Envelhecimento psico-cognitivo	51
3.1.3 – Envelhecimento social	57
3.2 – O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE	59
3.2.1 – Dados demográficos	59
3.2.2 – Os efeitos do envelhecimento	60
3.3 – O IDOSO DEPENDENTE	62
CAPÍTULO 4 – O CUIDADOR INFORMAL	65

4.1 – CONCEITO DE CUIDADOR INFORMAL.....	65
4.2 – ASSUMIR-SE CUIDADOR	68
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL.....	70
4.4 – REDES DE APOIO SOCIAL.....	71
PARTE II.....	76
ESTUDO DE CAMPO	76
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	77
1.1 – TIPO DE ESTUDO	77
1.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO	78
1.2.1 – Principais hipóteses	79
1.3 – POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA SELECCIONADA	80
1.3.1 – População	80
1.3.2 – Amostra	81
1.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	84
1.4.1 – Instrumento de avaliação dos dados sociodemográficos	84
1.4.2 – A descrição do instrumento de avaliação da intensidade do stresse	85
1.4.3 – Descrição do instrumento de avaliação do coping	90
1.4.3.1 – A versão original do CAMI	91
1.4.3.2 –A versão abreviada do CAMI.....	92
1.4.4 – Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel)	94
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	95
2.2 – ANÁLISE PRÉVIA DAS RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS.....	97
2.2.1 – Relação entre a intensidade do stresse e as outras variáveis em estudo	98

2.2.1.1 –A intensidade do stresse e a existência de lesões corporais no idoso	98
2.2.1.2 –A intensidade do stresse e a existência de ajudas informais.....	99
2.2.1.3 –A intensidade do stresse e a existência de ajudas de suporte social formal.....	100
2.2.2 – Relação entre as estratégias de <i>coping</i> e as outras variáveis em estudo	102
2.2.2.1 – As estratégias de <i>coping</i> e a escolaridade	103
2.2.2.2 – As estratégias de <i>coping</i> e os rendimentos	104
2.2.2.3 – As estratégias de <i>coping</i> e a experiência anterior na actividade de cuidar	104
2.2.2.4 – As estratégias de <i>coping</i> e a existência de lesões corporais no idoso dependente.....	105
2.2.2.5 – As estratégias de <i>coping</i> e a dependência do idoso	105
2.3 – ANÁLISE DAS HIPOTÉSES FORMULADAS.....	106
2.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	111
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	121
BIBLIOGRAFIA	126

ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização para obtenção de dados.....	133
Anexo II – Formulário de colheita de dados.....	135

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Alterações estruturais e funcionais derivadas do envelhecimento primário	46
Quadro 2 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total	88
Quadro 3 – Estrutura factorial do instrumento de avaliação da intensidade do stresse após rotação Varimax	89
Quadro 4 – Resultados obtidos da consistência interna dos factores de stresse.....	90
Quadro 5 – Análise factorial do CAMI Abreviado e respectivos itens (Sequeira, 2007).....	93
Quadro 6 – Tempo de prestação de cuidado informal (n=110)	96
Quadro 7 – Idade dos idosos dependentes em estudo (n=110).....	96
Quadro 8 – Grau de dependência dos idosos (n=110).....	97
Quadro 9 – Resultados obtidos da análise estatística entre a intensidade do stresse (F1 e F2) e a existência de lesões corporais	98
Quadro 10 – Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis de avaliação da intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de lesões corporais	99
Quadro 11 – Resultados obtidos da análise estatística entre a intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de ajudas informais	99
Quadro 12 – Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis de avaliação da intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de ajudas informais	100
Quadro 13 – Resultados obtidos da análise estatística entre as ajudas formais e a intensidade do stresse do cuidador informal.....	101
Quadro 14 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a	

escolaridade	103
Quadro 15 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e o rendimento do agregado familiar.....	104
Quadro 16 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a experiência anterior na actividade de cuidar	104
Quadro 17 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a existência de lesões corporais.....	105
Quadro 18 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a dependência do idoso.....	105
Quadro 19 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a intensidade do stresse total do cuidador	106
Quadro 20– Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a intensidade do stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador.....	108
Quadro 21- Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de <i>coping</i> e a intensidade do stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e prestação de cuidados....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de desenvolvimento de situações de eustress e de distress.....	23
Figura 2 - Modelo de controlo de stresse em ambientes de vida e saúde.....	23
Figura 3 - Modelo processual de stresse de Sandín (1995)	25
Figura 4 - Modelo compreensivo de stresse	26
Figura 5 - Modelo conceitual de <i>coping</i> de Holahan et al. (1996)	34
Figura 6 - Modelo de <i>coping</i> em quatro níveis de Skinner et al. (2003).....	37
Figura 7 - Verificação do efeito mediador da variável “lesões corporais” no efeito da variável “ajuda do SNS” sobre a “intensidade do stresse total do cuidador”	102
Figura 8 – Verificação do efeito mediador da variável “lesões corporais” no efeito da variável “ajuda do SNS” sobre a “intensidade do stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador”	102

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAMI - *Carers' Assessment of Managing Index* (Escala de avaliação de *coping* do cuidador informal)

CMF – Câmara Municipal de Faro

Dec. Lei – Decreto-lei

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECC – Estratégias centradas no cuidador

ECM – Estratégias centradas no meio

ECP – Estratégias centradas no problema

ECPC – Estratégias centradas na prestação de cuidados

ECPP – Estratégias centradas na partilha do problema

et al. – há três ou mais autores e só está citado o primeiro

H – Hipótese

Ha – Hectares

In – em

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy*

nº – número

PAS – Percepções alternativas sobre a situação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“*O século XXI será certamente o século dos idosos*” (Barros, 2008a: 5).

A população idosa tem vindo a aumentar, nomeadamente os idosos com idade superior a 80 anos. Estima-se que entre 1990 a 2006 a população idosa tenha aumentado de 13,8% para 17,3%, sendo que as projecções para o futuro indicam que daqui a cerca de 25 anos haverá mais de 200 idosos por cada 100 jovens, o dobro dos actuais 112 (INE, 2007). Paúl e Fonseca (2005) complementam que em 2050 a percentagem de idosos atingirá os 31,9%.

São as melhorias da qualidade de vida da população, nomeadamente no que respeita aos avanços da medicina e à melhoria das condições de higiene e sanitárias, que diminuem a mortalidade infantil e aumentam a longevidade, aumentando assim a esperança média de vida.

Associado ao aumento da esperança média de vida, surge também um aumento da prevalência das doenças crónicas e o aumento de pessoas em situação de dependência, dependência essa relacionada com determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos relativos ao envelhecimento, embora não se esgote por aqui, uma vez que factores externos, nomeadamente comportamentais, sociais e ambientais, também influenciam na autonomia dos idosos (DGS, 2004; Sequeira, 2007).

Este fenómeno levou a que o aumento da esperança média de vida, que outrora era objectivo da Organização Mundial de Saúde, tivesse evoluído para um objectivo adaptado à sociedade presente que é “*o aumento da expectativa de vida activa dos idosos*”, conferindo aos idosos mais condições para a promoção da sua qualidade de vida e manutenção de uma vida activa durante mais tempo (Barros, 2008a: 19).

A partir do aumento imponente do número de idosos dependentes e face à incapacidade institucional de suprir essas necessidades, surge o cuidador informal como uma peça chave na

promoção da qualidade e da dignidade da vida da pessoa em situação de dependência. Este papel de relevo não é uma tarefa fácil, e cada vez mais está acompanhado de dificuldades socioculturais para além das exigências psicofisiológicas já existentes na actividade do cuidado informal. Karsch (2003) refere que estes factores sociais que dificultam a permanência dos cuidadores informais junto dos idosos deveriam fazer parte dos objectivos das entidades de saúde e apoio social no sentido de ajudar os idosos em casa com melhor qualidade de vida. Aponta ainda que nos países mais desenvolvidos se têm verificado esforços para o desenvolvimento de redes de apoio social de suporte aos dependentes e aos seus cuidadores.

Investir o conhecimento nesta área de trabalho é portanto uma mais-valia para a qualidade de vida, tanto dos idosos de hoje, como dos jovens que chegarão também a uma idade avançada. Sequeira (2007) afirma que estes factos têm vindo a fazer parte da consciencialização da comunidade científica, verificando-se um aumento do trabalho na área dos problemas do idoso e da importância da sua qualidade de vida, para qual o contributo dos cuidadores informais é fundamental. A evolução científica é assim evidente e verifica-se cada vez mais um aumento do investimento na área do envelhecimento.

Abordar o stresse e o *coping* do cuidador informal do idoso em situação de dependência surge na medida em que a sobrecarga a que se sujeita o indivíduo que cuida de uma pessoa com dependência tem uma grande implicação sua saúde física e mental. Muitos autores abordam as alterações na vida dos cuidadores de pessoas em situação de dependência em todo o seu biopsicossocial, tanto ao nível do desgaste físico, da exaustão emocional e depressão, como das alterações na vida social, laboral e económica (Brito, 2002; Laham, 2003; Bocchi, 2004; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Floriani, 2004; Imaginário, 2004; Gonçalves *et al.*, 2006; Abreu & Ramos 2007; Marques, 2007). Dadas estas circunstâncias de mudança brusca na vida dos cuidadores, Petterson (1989) referido por Martin *et al.* (2000) apontou este caso como assíduo na aplicação do modelo de *stresse*, dado que a partir da teoria do *stresse* o “cuidado” surge como o

agente *stressor* que perturba ou ameaça a actividade habitual do indivíduo cuidador e que vai obrigar este a procurar um ajustamento nas suas condições no sentido de lidar com a situação.

A escolha deste tema insere-se na problemática da intervenção da psicologia da saúde, pelo seu carácter de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, em função do bem-estar dos sujeitos (Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

Dados os factos, é visível o interesse crescente de estudar o tema relacionado com os cuidados aos idosos em domicílio, nomeadamente o trabalho do cuidador informal. Deste modo, pretende-se estudar a relação entre o stresse e o *coping* do cuidador informal do idoso dependente, sendo estas variáveis importantes no âmbito da psicologia da saúde e no bem-estar dos cuidadores informais.

Este trabalho será dividido em duas grandes partes: a primeira parte onde consta o enquadramento teórico, e que conceptualiza o stresse e a sua relação com o cuidado informal, o *coping* e a sua relação com o cuidado informal, um enquadramento do processo de envelhecimento e das suas causas sociais, uma abordagem teórica acerca da dependência e a caracterização do que é o cuidador informal; e uma segunda parte onde consta o estudo de campo, onde são enquadrados todos os aspectos referentes à metodologia do estudo, apresentação e discussão de resultados e posteriores conclusões e implicações.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O STRESSE

Neste capítulo será realizada uma revisão da literatura no sentido de fundamentar a análise e interpretação deste estudo, relacionando o stressse com o stressse do cuidado informal.

1.1 – DEFINIÇÃO DE STRESSE

Etimiológicamente, stressse é uma expressão que provém dos termos latinos *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strinctum* e que significam “apertar”, “comprimir”, “restringir”. *Stress* é uma expressão utilizada na língua inglesa que significa “pressão” ou “tensão”. Recentemente, no século XIX, o conceito de stressse alargou o seu significado às pressões exercidas sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana (Serra, 1999).

A primeira definição de stressse surgiu com o modelo “estímulo-resposta” de Selye, que definia o stressse como uma resposta do organismo a um estímulo externo (Selye, 1956). Nesta perspectiva, o stressse agia como uma resposta geral e automática do organismo a qualquer agente perturbador, no sentido de contribuir na sua adaptação. Ramos (1999) referido por Figueiredo (2007), refere ainda que esta adaptação foi definida por Selye como “síndrome geral de adaptação”, e resulta de todo o conjunto de sinais do organismo no sentido de se adaptar à situação causadora de stressse. De acordo com Pacheco (2002, 2005), esta adaptação pode tomar dois rumos, o *eustress*, em que o sujeito se adapta no sentido de desafio, dinamizando o sujeito para a acção, funcionando como um stressse agradável e curativo, e o *distress*, quando existe uma

má adaptação à situação perturbadora, podendo ser responsável por desencadear doenças.

Porém, para Figueiredo (2007) este modelo não consegue explicar a razão porque cada indivíduo reage de forma diferente a situações semelhantes de stresse, ignorando, para Ramos (2001), o impacto psicológico do stresse no indivíduo e as aptidões do mesmo para lidar com a situação de stresse. Este autor aponta que para além do stresse fisiológico de Selye é importante contemplar igualmente as vertentes sociológicas e psicológicas.

Também Figueiredo (2007) resume a diversidade de definições de stresse a três grandes linhas de investigação: a linha fisiológica ou médica, que se enquadra na análise das reacções biológicas do organismo perante estímulos adversos e que se enquadra no modelo de Selye; a linha sociológica, que procura estudar as causas sociais de stresse e de patologia, nomeadamente as situações de vida que o acompanham; e a linha psicológica, que procura analisar os processos de transacções contínuas entre o indivíduo e o meio ambiente. Desta forma, Ramos (2005) citado por Figueiredo (2007: 153) refere que o stresse não se resume apenas a um estímulo-resposta, tendo sido definido com três significações diferentes: “(...) como um estado interno do organismo que surge em resposta a acontecimentos perturbadores; como uma condição ambiental externa que perturba o normal funcionamento da pessoa; e como uma interacção de desequilíbrio entre a pessoa e o meio ambiente, no contexto da qual a primeira procura se adaptar-se às condições perturbadoras do segundo”.

Vários foram os modelos que procuraram explicar a forma como o stresse surge no indivíduo, pelo que será abordado seguidamente esse mesmo processo.

1.2 – O MECANISMO DE ACTIVAÇÃO DO STRESSE

Um dos modelos mais influentes de stresse partiu de Lazarus e Folkman, que abordaram o stresse como sendo um processo resultante da combinação de factores fisiológicos e

psicológicos, com repercussões ao nível comportamental, fisiológico e psicológico. São diferenciados três tipos de stresse psicológico: *perda ou dano*, relacionado com o prejuízo ou perda que já se produziu; *ameaça*, relacionado com o dano ou perda que se prevê num futuro próximo; e *desafio*, relacionado com a sensibilidade de que as dificuldades podem ser superadas com entusiasmo (Pacheco, 2002). Complementando, Lazarus e Folkman descrevem que o stresse é constituído por um acontecimento ambiental cujo significado é avaliado pelo indivíduo, podendo daí advir duas situações: a presença ou a ausência de percepção de dano. Quando o acontecimento não produz qualquer potencial ameaçador não é conduzida nenhuma elaboração cognitiva em termos de stresse. Quando pelo contrário o acontecimento é gerador de danos, o indivíduo vai avaliar se tem ou não os recursos necessários para lidar com o agente causador de stresse. Quando há percepção da existência de recursos para lidar com a ameaça, a resposta de stresse não é activada. Quando pelo contrário o acontecimento exige mais do sujeito que os recursos que ele dispõe para o enfrentar, dá-se então início a um processo de stresse que engloba a experiência afectiva de stresse manifestada pelos sentimentos de ansiedade e angústia (Petronilho, 2006).

Ao abordar o bem-estar dos docentes, Jesus (2002) referido em Pacheco (2002) frisou que perante uma reacção de stresse, a resiliência e o *coping* intervêm constituindo-se uma forma de lidar com a situação que está relacionada com a percepção de eficácia e de controlo pessoal de cada um. Pode desta forma evoluir para a resolução da situação (*eustress*) ou para a exaustão (*distress*). Esta abordagem dá relevo à existência de potenciais factores de stresse que podem ser um desafio ou um problema mediante a forma como a situação é gerida pelo próprio (*vide* figura 1). Estes factores de stresse estão relacionados com a frequência e/ou intensidade do estado de tensão percebida .

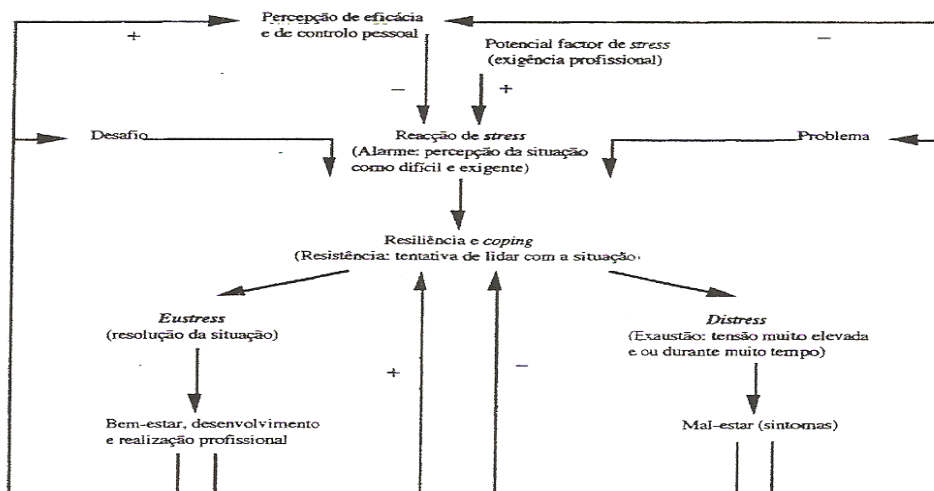


Figura 1 - Processo de desenvolvimento de situações de eustress e de distress (retirado de Jesus, 2002)

Em 1986 foi desenvolvido por Fischer um modelo de stress (vide figura 2) que relaciona o stress com o conceito de perda de controlo, partindo do princípio que o stress resulta de um balanço entre as exigências e a capacidade do sujeito as resolver, sendo que quando as capacidades do sujeito não estão à altura das exigências do ambiente, o stress pode mesmo ser exacerbado (Pacheco, 2002).

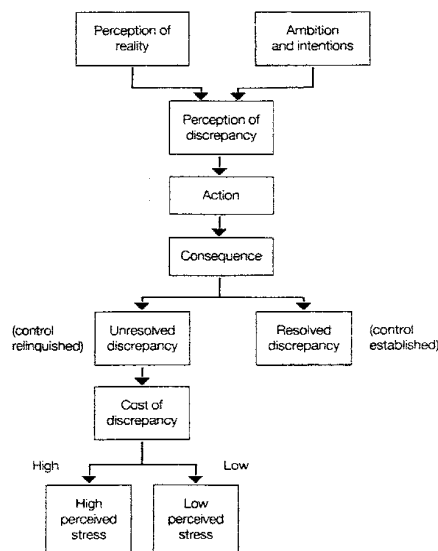


Figura 2 - Modelo de controlo de stress em ambientes de vida e saúde (retirado de Fisher, 1986 por Pacheco, 2002)

Nicholas (1993) referido por Fonseca (2005) também afirma que o stresse se verifica quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo, acrescentando que o stresse traduz esse desequilíbrio variando com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas, com a avaliação que a pessoa faz das situações e com as percepções individuais de cada um acerca das situações. Este autor refere ainda os principais sinais de stresse como sendo:

- sinais emocionais (tensão, irritabilidade, desassossego, agitação, alterações de humor, sentimentos negativos, fragilidade emotiva, ressentimento, episódios de ansiedade ou depressão);
- sinais físicos (incapacidade de relaxar, dores de cabeça, dores de costas, dores cervicais, tremores, sensação de ruptura física, fadiga, excesso de sono, maior incidência de pequenas doenças, más digestões, perda ou ganho de peso, problemas de pele e alterações menstruais);
- sinais comportamentais (pressa constante, negligência consigo próprio em refeições ou descanso, auto-sedação, ineficácia crescente, sensação de afastamento, pesadelos e perda ou excesso de apetite);
- sinais cognitivos (fraca concentração, esquecimento, distrações frequentes, pensamentos negativos, sentimentos de desânimo, injustiça e ideias obsessivas);
- sinais relacionais (perda de capacidade para lidar com as necessidades e exigências de outras pessoas, impaciência, intolerância, evitamento de companhia, controlo excessivo em relação a outros, desagradável nas relações sociais e familiares).

Com Sandín (1995) referido em Pacheco (2002), é elaborado um modelo de stresse mais complexo e dinâmico designado por modelo processual de stresse que é descrito nas seguintes etapas (*vide* figura 3).

- os problemas psicossociais, relacionados com os problemas de stresse diários;
- a avaliação cognitiva, responsável por perceber e valorizar os sucessos ou insucessos,

- podendo ou não haver uma resposta ao stresse em função dessa avaliação;
- a resposta ao stresse, manifestada pelas situações biopsicossociais referidas anteriormente;
 - as estratégias de *coping*, resultantes dos esforços comportamentais e cognitivos realizados para fazer frente às questões concretas indutoras de stresse, no sentido de as suprimir;
 - variáveis “*disposicionales*” (conceito não traduzido pelo autor), constituídas pela personalidade e factores hereditários em geral, que modelam as reacções da pessoa às situações stressantes;
 - o apoio social, relacionado com a rede social de apoio de cada um;
 - o “estatus” (conceito não traduzido pelo autor) da saúde, como sendo resultado do stresse e das formas de *coping* usadas, podendo contribuir para ter saúde ou não.

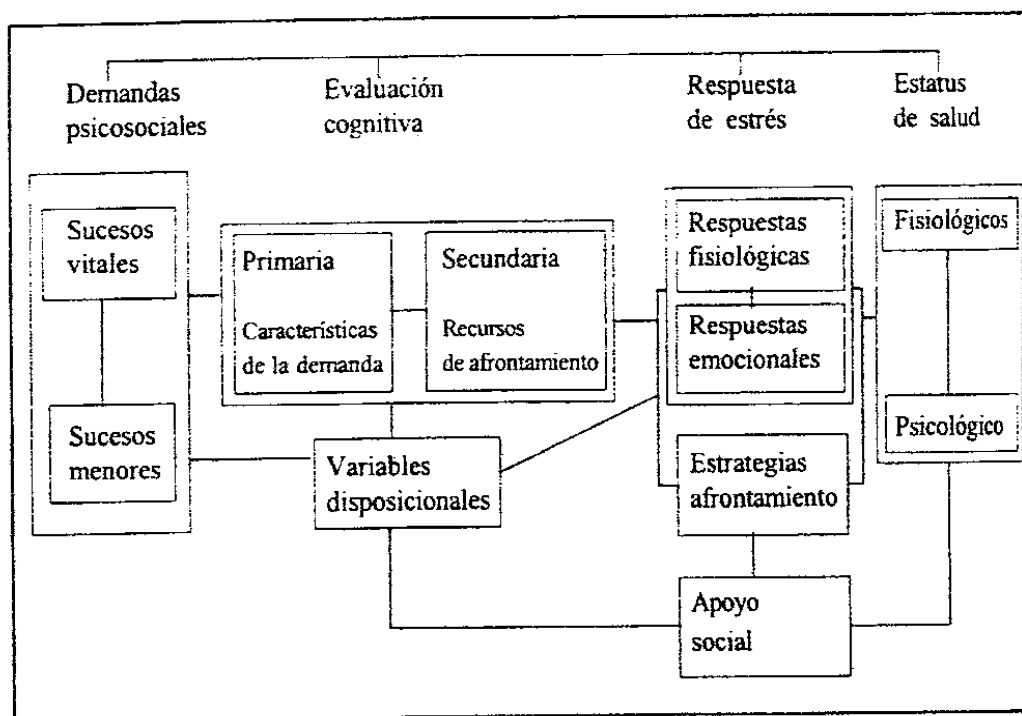


Figura 3 - Modelo processual de stresse de Sandín (1995) (retirado de Jiménez, 1997 por Pacheco, 2002)

Em modo de organização de ideias, podemos olhar para o modelo proposto por Serra (1999) designado por modelo compreensivo de stress (*vide* figura 4).

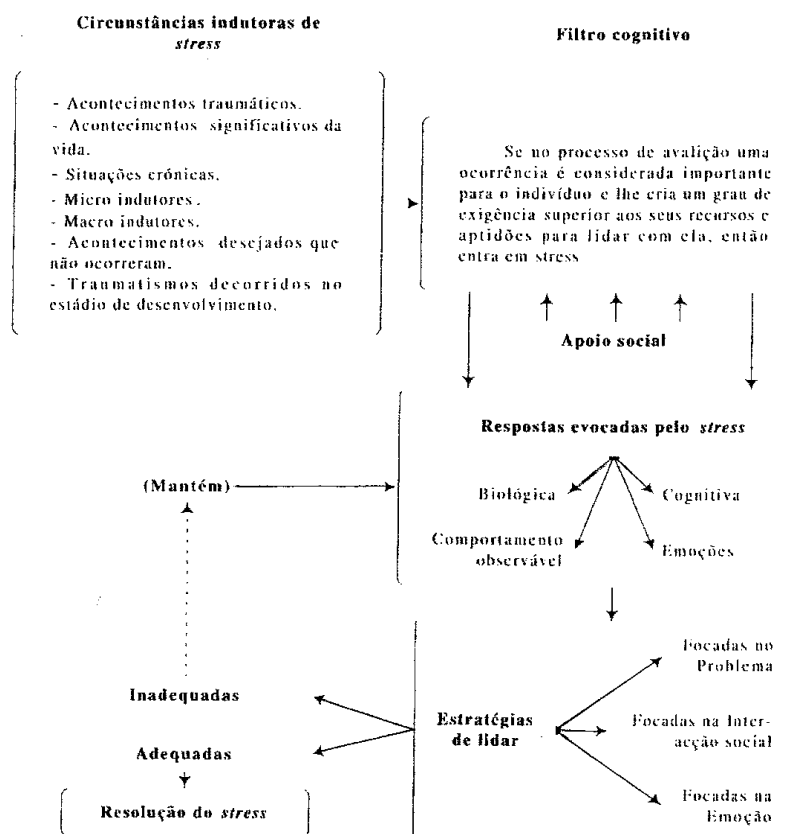


Figura 4 - Modelo compreensivo de stress (retirado de Serra, 1999)

Sintetizando, Pacheco (2002) enfatiza a relação sujeito-ambiente como uma referência complexa, afirmando que diferentes ambientes podem ser percebidos como stressantes para determinados sujeitos e não para outros. Remete-se também a Serra (1999) a quando da ocorrência de três factores fundamentais na abordagem ao stress: o modo como o sujeito faz a avaliação da situação; a percepção de ter ou não o controlo; e o apoio social disponível. Refere ainda que as respostas aos estímulos stressantes têm como objectivo reduzir ou eliminar as origens do stress.

Transpondo estes conceitos de stresse para o universo do cuidado informal, é aceite que cuidar de idosos mais ou menos dependentes em domicílio gere alterações na vida dos cuidadores em todo o seu biopsicossocial, tanto ao nível do desgaste físico, da exaustão emocional e depressão, assim como das alterações na vida social, laboral e económica (Paúl, 1997; Brito, 2002; Laham, 2003; Bocchi, 2004; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Floriani, 2004; Imaginário, 2004; Gonçalves *et al.*, 2006; Petronilho, 2006; Abreu & Ramos 2007; Marques, 2007), pelo que se considera importante já em seguida explorar esta situação com maior detalhe.

1.3 – O STRESSE E O CUIDADOR INFORMAL

Gonçalves *et al.* (2006), diz que cuidar de um idoso dependente no domicílio requer um empenho de cuidados permanentes de mais de três horas num período de tempo que se estende a mais de três anos. Esta necessidade de empenho quase permanente leva a que muitos cuidadores tenham alterações na vida profissional, nomeadamente redução ou abandono, assim como alterações ao nível social e conjugal. Com esta situação de sobrecarga e alteração do contexto social do cuidador também Imaginário (2004) partilha da mesma opinião.

A relação do stresse com os acontecimentos de vida foi introduzida por Holmes e Rahe na década de 60, quando estes autores colocaram hierarquicamente um conjunto de acontecimentos de vida em como sendo mais ou menos stressantes, estando estes relacionados com patologia nos indivíduos sujeitos ao stresse, tendo sido esta teoria posteriormente contestada por não ter em conta a capacidade de resistência individual de cada individuo às adversidades (Fonseca, 2005).

Já Sousa *et al.* (2006), acrescenta que o ciclo de vida das famílias pode ser dividido em estádios que são definidos por momentos de “crise”, constituindo esta crise os acontecimentos normais da vida dos indivíduos que tragam mudanças significativas no rumo da sua vida ou

entradas e saídas de indivíduos dela. Estes momentos de crise podem-se sintetizar em dois tipos: a crise de acesso, em que surge alguém novo ou a crise de desmembramento, em que saí alguém. Na perspectiva de um familiar cuidador, a situação de vir a lidar com um idoso dependente constitui uma situação de crise.

Petronilho (2006) aborda as questões do stresse no cuidado informal com base nas transições que ocorrem ao longo de todo o ciclo da vida, justificando que, segundo Schlossberg (1981) citado por Petronilho (2006: 30), em qualquer momento da vida as pessoas vão experimentando de uma forma contínua mudanças e transições, ocorrendo essas transições “(...) *sempre que um acontecimento ou um não-acontecimento resulta numa mudança nas concepções acerca de si mesmo e do mundo e requer, desse modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações.*” O mesmo autor refere assim que momentos de mudança previsível ou inesperada, como o casamento, o nascimento de um filho, a reforma, a doença, a morte, uma gravidez não desejada, vai impor que o indivíduo e a sua família recorram à sua capacidade auto-organizativa no sentido de lidar com as situações e resolver os problemas. Desta transição surge assim o conceito de adaptação, que surge posteriormente quando o indivíduo deixa progressivamente de estar preocupado com a transição, integrando-a na sua vida. Para Martins (2002) referido por Petronilho (2006) este processo adaptativo é tanto mais eficaz quanto maior for a rede de suporte existente em torno do indivíduo.

Todo o processo de prestação de cuidados é altamente complexo, na medida em que interliga o prestador de cuidados principal e o restante sistema de cuidadores, as redes de apoio social, o nível de dependência, a evolução da doença ou situação, o contexto familiar e a fase do ciclo familiar em que o cuidador se encontra, sendo este processo caracterizado por uma grande dinâmica e constantemente com variações ao longo do tempo (Paúl, 1997). Desta forma, Petterson (1989) referido por Martin *et al.* (2000) apontou o cuidar informal como situação assídua na aplicação do modelo de stresse. A partir da teoria do stresse, o “cuidado” surge como

agente *stressor* que é algo objectivo e que perturba ou ameaça a actividade habitual do indivíduo cuidador, que vai obrigar este a procurar um ajustamento nas suas condições no sentido de lidar com a situação. Refere ainda que o stresse físico e mental vai actuar sobre o cuidador principal de uma forma mais exacerbada que aos outros familiares, tornando-o mais vulnerável. Brito (2002) refere que a saúde física e mental do prestador de cuidados está fundamentalmente relacionada com a sua percepção de stresse, ainda que outras variáveis, nomeadamente as sócio-demográficas e de contexto influenciarão a forma como as dificuldades da situação são percebidas.

Ramos (2005) citado por Figueiredo (2007: 158), afirma que os modelos de stresse mais apropriados para compreender a situação de stresse no cuidador informal são os modelos transaccionais de stresse, nomeadamente o modelo transaccional de Lazarus que define o stresse como sendo “*uma relação entre a pessoa e o ambiente, relação essa que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos*”, desta forma, uma potencial fonte de stresse é interpretada como sendo capaz de causar dano, atendendo às possibilidades de gestão do problema do sujeito.

Neste modelo transaccional de stresse de Lazarus, são dadas relevância às transacções entre a pessoa e o ambiente, nomeadamente na forma como as pessoas avaliam (*appraisal*) e lidam (*coping*) com as condições stressantes. Este modelo não enfatiza a ocorrência de determinados acontecimentos de vida na pessoa como principal fonte de stresse, mas cabe ao próprio indivíduo avaliar se determinada situação, face aos recursos pessoais que dispõe, constitui para ele uma ameaça ao seu bem-estar ou não. O stresse ocorre assim quando o indivíduo percebe que existe incompatibilidade entre a natureza da exigência e a sua capacidade para lhe responder (Figueiredo, 2007).

Relacionado com o stresse, muitos autores abordam o conceito de sobrecarga do cuidador quando se estuda o cuidado informal. Brito (2002) refere ainda que existem autores que

distinguem a sobrecarga objectiva da subjectiva. A primeira está relacionada com a situação de doença e dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as repercussões da situação na vida do prestador de cuidados. A segunda está relacionada com a resposta emocional do cuidador, nomeadamente a forma como ele sente a sobrecarga, o grau de desânimo, ansiedade ou depressão. A autora refere ainda que a sobrecarga objectiva e subjectiva têm sido estudadas por vários autores no sentido de averiguar relação, verificando-se contudo uma grande diversidade de respostas entre as várias amostras de prestadores de cuidados.

Ainda é no seguimento desta linha que pensamento que alguns autores apontam para a necessidade de estudar outras variáveis que não as objectivas para compreender o stress gerado pela sobrecarga subjectiva, nomeadamente variáveis mediadoras como as estratégias de *coping*, as relações afectivas com o idoso e o grau de apoio sentido, referindo inclusive que as variáveis objectivas até são menos importantes que os elementos emocionais (Brito, 2002). Complementando, Bocchi (2004) refere que apesar de existirem estudos que relacionam a dependência com a exaustão dos cuidadores, também existem estudos que indicam para o contrário, apontando para que o estado emocional dos cuidadores está dependente de outros factores, nomeadamente a personalidade e o ambiente em torno do acto de cuidar.

Sistematizando e relacionando, o stress do cuidador informal não se poderá aferir com base nos acontecimentos objectivos relacionados mas sim através da percepção que cada indivíduo têm acerca deles e dos recursos que dispõe para lidar com o problema, sendo diferente de pessoa para pessoa.

É aceitável assim eliminar a premissa de que o cuidar de um idoso dependente é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades ao nível emocional, físico, económico e social. Vários autores têm demonstrado precisamente o contrário, referindo que a actividade de cuidar de um ente querido também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação para algumas pessoas, nomeadamente aspectos positivos relacionados ao ganho narcísico do

aprendido, sentimentos de prazer e conforto em prestar cuidados e ao ganho de um sentido para a vida (Brito, 2002; Laham, 2003; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Imaginário, 2004).

É neste contexto que vamos enquadrar a abordagem do *coping* e a sua importância para o cuidador informal.

CAPÍTULO 2 – O COPING

Neste capítulo será realizada uma revisão da literatura no sentido de fundamentar a análise e interpretação deste estudo, relacionando o *coping* com o stresse do cuidado informal.

2.1 – DEFINIÇÃO DE COPING

Em traços gerais, o *coping* tem sido definido como “*estratégias de confronto*”, formas de “*lidar com*” ou ainda “*mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stresse*” (Ramos & Carvalho, 2007: 7), também referido em Ferreira (1993), embora a construção deste conceito tenha sofrido algumas mudanças com o tempo.

Foi Lazarus no início dos anos 60 e mais tarde juntamente com Folkman, que o *coping* começou a ser abordado como um processo activo de transacção cognitiva entre o sujeito e o meio ambiente no contexto em que este se situa (Pacheco, 2002), abandonando, de acordo como Serra (1999), a perspectiva de que o *coping* é uma resposta automática a acontecimentos nocivos do meio como no modelo de Selye. O *coping* pode assim ser definido como sendo “*os esforços, tanto cognitivos como comportamentais para lidar com exigências internas e/ou externas específicas, que forcem ou transcendem os recursos pessoais.*” (Lazarus & Folkman 1984 citado por Figueiredo 2007: 162). Desta forma, embora as pessoas moldem activamente as situações das suas vidas, as estratégias de *coping* não podem ser avaliadas sem referência às condicionantes ambientais que criam a necessidade delas.

Lazarus e Folkman (1984) referidos por Fonseca (2005) e por Ramos e Carvalho (2007), referem que ao *coping* estão geralmente atribuídas duas funções principais: O *coping* centrado na

emoção e o *coping* centrado no problema. Na primeira, o *coping* é centrado em regular os estados emocionais e está mais associado a situações avaliadas como difíceis ou mesmo de mudança impossível. Na segunda, o *coping* procura agir sobre a perturbação com vista a solucionar o problema, estabelecendo planos de acção, tendendo a ser mais usado em situações percebidas pela pessoa como susceptíveis de mudança.

Sistematizando, o *coping* pode ser visto como sendo as tentativas de lidar com situações de dano, ameaça ou desafio, quando o indivíduo não tem um conjunto de componentes, um hábito, ou uma resposta automática de confronto com a situação (Serra, 1999).

Para Suls, David e Harvey (1996) em Grassi-Oliveira, Filho e Brietzke (2008) a investigação do *coping* pode ser observada em três gerações bem distintas. A primeira geração que aborda o *coping* como centrada nos mecanismos de defesa, sendo estes categorizados hierarquicamente dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos, geração esta ligada à psicologia do ego. A segunda geração centrada nos determinantes cognitivos e situacionais do *coping* , minimizando os aspectos individuais e a terceira geração salientando a importância dos aspectos da personalidade.

Também Zanini (2003) referido por Tomaz (2008) dá nota de três visões teóricas diferenciadas que surgiram para conceptualizar o *coping* . Afirma então que a primeira é baseada na experimentação animal e define *coping* como uma forma de controlar o ambiente no sentido de ocorrer diminuição de transtornos psicofisiológicos. Esta teoria é segundo o autor incompleta uma vez que não contempla diferenças individuais, a apreciação do problema, as estratégias cognitivas, os sentimentos e as emoções. A segunda teoria está, de acordo com Antoniazzi e Bandeira (1998), relacionada com a abordagem psicanalítica (ou psicologia do ego), e salienta que os mecanismos de defesa e as formas de enfrentar conflitos sexuais e agressivos são situações semelhantes a respostas de *coping* desencadeadas por factores e estímulos ambientais externos ao indivíduo (Tomaz, 2008). Zanini (2003) acrescenta posteriormente que o *coping* é

um traço estável da personalidade, pelo que as situações stressantes são enfrentadas em função dela de forma mais ou menos coerente (Tomaz, 2008). A terceira, é o modelo transaccional de Lazarus e Folkman de 1984 que considera a interacção entre a pessoa e o ambiente (Figueiredo, 2007; Tomaz, 2008). Acrescenta então Simonetti e Ferreira (2008) que a adaptação a um determinado acontecimento depende de inúmeros factores que englobam aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais.

Também Holahan *et al.* (1996) referido em Tomaz (2008) sugere um modelo explicativo do processo do *coping*, baseado nos recursos ambientais e pessoais, onde ocorre uma interacção entre cinco painéis explicativos da influência da vivência do stress e do *coping* na saúde do indivíduo (*vide* figura 5).

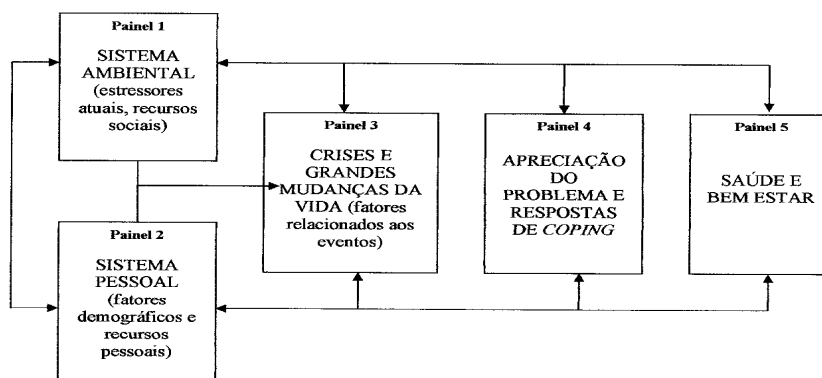


Figura 5 - Modelo conceitual de coping de Holahan *et al.* (1996) (retirado de Tomaz, 2008)

Para Figueiredo (2007) o *coping* é visto então como sendo o aspecto central desse *modelo transaccional* de Lazarus e Folkman, que pressupõe dois processos fundamentais: a avaliação cognitiva e o *coping*.

A avaliação cognitiva designa o processo mental para qual cada indivíduo avalia o significado de qualquer circunstância indutora de stress para o seu bem-estar. Posteriormente surge a segunda componente que é o *coping*, onde o indivíduo avalia os recursos ao seu alcance

para lidar com a situação, recursos esses que podem ser físicos, sociais, psicológicos ou materiais. Esta avaliação é contínua e automática e permite fazer um reconhecimento das exigências dessa situação, assim como dos recursos e estratégias que dispõe para lidar com ela (Serra, 1999; Lazarus & Folkman, 1984 referidos por Fonseca, 2005; Ramos, 2005 referido por Figueiredo, 2007). Figueiredo (2007) reforça que este é um processo dinâmico regulado pelo feedback informativo que o indivíduo vai obtendo em função do êxito ou fracasso das estratégias definidas.

Nolan, Grant e Keady (1996, 1998) referidos por Figueiredo (2007) salientam a diferença entre estratégias de *coping*, sendo estas a forma como os indivíduos lidam com as situações, e recursos de *coping*, que reflectem o tipo de recursos que cada um pode dispor para lidar com determinada situação a ser gerida, nomeadamente recursos pessoais (competências pessoais, experiência de vida, crenças ou valores), recursos externos (rendimento, habitação, estatuto socioeconómico ou serviços formais) e recursos sociais (redes sociais e o apoio que essas dispõem). Esta autora aponta ainda um outro conceito designado por estilos de *coping*, sendo este resultado das preferências individuais para utilização de determinada estratégia de *coping* em detrimento de outra.

Para Pearlín (2002) referido por Figueiredo (2007), o *coping* resume-se em quatro estratégias fundamentais: alterar ou gerir a situação; gerir o significado das fontes de stresse; gerir as consequências e sintomas dos stressores; e impedir o surgimento de novas fontes de stresse. No que respeita aos estilos de *coping*, Pacheco (2002, 2005) salienta dois estilos fundamentais relacionados com a proximidade da actividade cognitiva e emocional a cada situação: a confrontação, em que os mecanismos de *coping* se centram na resolução da causa do stresse e o evitamento, que resulta da negação e fuga da situação de stresse. Apesar da confrontação tender a ser a forma menos adversa de lidar com o stresse, Ramos (2001) afirma contudo que o evitamento pode ser também um estilo de *coping* eficaz em determinadas

situações.

Outro modelo de *coping* é o avançado por Skinner *et al.* em 2003 em Grassi-Oliveira, Filho e Brietzke (2008) que solidifica a ideia de que o *coping* não é um comportamento específico inequivocamente observado. Para Skinner *et al.* o *coping* é um construto organizacional utilizado para compreender as acções individuais utilizadas para a adaptação a situações stressantes. Este modelo aborda o *coping* organizado por 4 níveis (*vide* figura 6). No nível inferior situam-se as “instâncias de *coping*” que são os comportamentos específicos, como por exemplo pedir um conselho a um amigo numa determinada situação específica como um acidente de carro. No nível superior (quarto nível) estaria um conjunto de processos adaptativos básicos que iria agir entre o stresse e os seus efeitos psicológicos, sociais e fisiológicos, isto é, um processo de adaptação à situação servindo como ferramenta evolutiva de protecção e sobrevivência. Entre estes dois níveis existem processos intermédios de categorizar as acções possíveis para responder ao stresse (nível 2) e o seu agrupamento em famílias de *coping* ou conjuntos de *coping* (nível 3) antes de serem seleccionados para o nível 4.

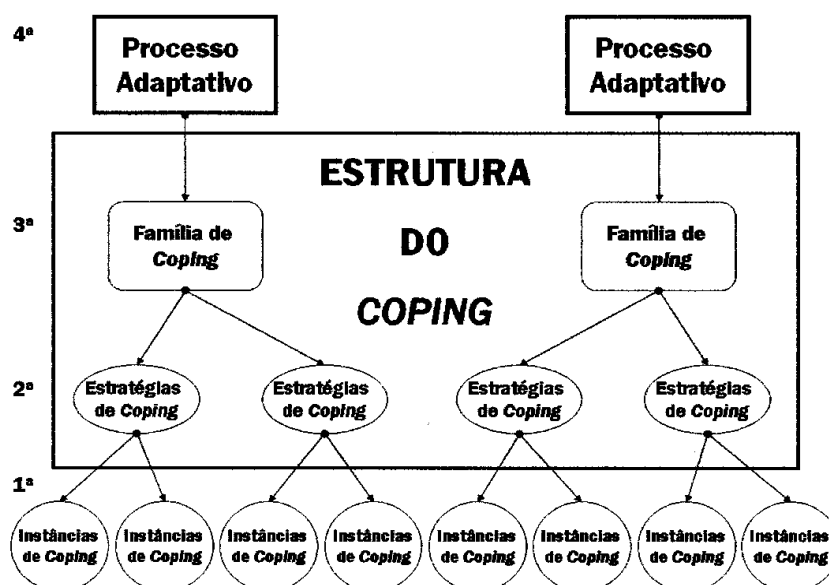


Figura 6 - Modelo de coping em quatro níveis de Skinner et al., 2003 (retirado de Grassi-Oliveira, Filho & Brietzke, 2008)

Desta forma, pode-se assumir que é através da avaliação cognitiva que cada indivíduo vai avaliar cada situação adversa e gerir os recursos que tem disponíveis e a eficácia do *coping* está relacionada com o adequar a estratégia à situação. É nesta linha de pensamento que surge Grassi-Oliveira, Filho e Brietzke (2008) como um modelo que aborda o *coping* como sendo uma função executiva, envolvendo a avaliação, o planeamento e a análise e antecipação dos resultados, processos estes, segundo os autores, tipicamente vinculados às funções executivas.

2.2 – O COPING E O CUIDADOR INFORMAL

No que respeita aos cuidadores informais de idosos dependentes, Simonetti e Ferreira (2008) referem que o sucesso em lidar com as situações de stresse dependerá do *coping*, isto é, são as estratégias que cada indivíduo define que vão possibilitar lidar com a situação indivíduo-ambiente de uma forma saudável. Lazarus (2003) referido por Brito (2002), reforça que para além das estratégias de *coping* pessoais é necessário um constante ajuste pessoal às adversidades,

de forma a garantir uma melhor adaptação às circunstâncias.

Simonetti e Ferreira (2008) sugerem ainda que o stresse maior envolvido no cuidado informal está relacionado com a falta de ajuda por parte dos familiares e à não divisão das responsabilidades, pelo que as estratégias de trabalho com os cuidadores informais deverão incidir em estimular o envolvimento da família, educar e fornecer informações básicas acerca do cuidar. Nesta linha, Sequeira (2007: 292) afirma ainda que “(...) a adopção de estratégias de coping eficazes e uma boa percepção de suporte social está associada a uma maior satisfação do cuidador”, cabendo aos profissionais de saúde trabalhar com os cuidadores essas estratégias de coping mais eficazes.

No que respeita às estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores, Simonetti e Ferreira (2008) afirmam que são essencialmente centradas na emoção, sendo a tarefa de cuidar algo que vai gerar grandes mudanças nas suas vidas, desempenhando tarefas sem auxílio, com sobrecarga, perda de liberdade e frustração. Neste estudo, as estratégias referidas pelos cuidadores não actuavam sobre o problema na tentativa de o resolver, mas sim em situações que supostamente não podiam ser modificadas. Durante o discurso dos entrevistados, o autor refere que não eram focados aspectos práticos relacionados com a assistência, mas sim dado sempre ênfase à falta de apoio e abandono das suas actividades na sociedade. Desta forma, estes cuidadores apontam como principal motivo para a utilização desta estratégia de coping a falta de apoio por parte da família.

Em conformidade com esta investigação, uma investigação longitudinal realizada por Cooper *et al.* (2008) em idosos com demência concluiu que, um ano depois, as estratégias de coping centradas na emoção tendem a proteger os cuidadores de elevados níveis de ansiedade, ao contrário das estratégias centradas na resolução de problemas, pelo que o autor adianta que uma intervenção psicológica centrada no controle das emoções é uma medida racional para reduzir a ansiedade dos cuidadores. Já Holahan *et al.* (1996) referido em Tomaz (2008) retrata que o

coping centrado na emoção é indutor de doença, ainda que contestado por Savoia (1999) que no mesmo artigo refere que mesmo a utilização de estratégias de *coping* ditas não adaptativas podem ter melhor repercussão na saúde do indivíduo.

Nolan (1996) e Brito (2002) apontaram três conjuntos de estratégias de *coping* que podem ser utilizadas pelos cuidadores, nomeadamente “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”, “percepções alternativas sobre a situação” e “lidar com sintomas de stress”, para facilitar a prestação de cuidados. Destas, Sequeira (2007) refere que as estratégias mais utilizadas pelos cuidadores estão relacionadas com “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas”, dados estes em desacordo com Simonetti e Ferreira (2008) e Cooper *et al.* (2008). Destas estratégias, as que se consideram mais eficazes são manter o idoso o mais activo possível, procurar ajuda nos serviços de saúde e sociais, procurar informação acerca do problema, confidenciar os problemas com alguém de confiança, utilizar medidas preventivas, estabelecer ordens de prioridades e procurar alternativas até obter uma solução. As estratégias de “percepções alternativas sobre a situação”, entre elas, viver um dia de cada vez, a aceitação da situação, dominar os sentimentos e emoções, pensar nos momentos que passou com a pessoa dependente aparecem em segundo plano, sendo as menos utilizadas as estratégias de “lidar com sintomas de stress”, tais como reservar tempo livre para si próprio e distrair-se com outras coisas sem pensar nos problemas.

Podemos observar que apesar de existirem estudos que apontam para que as estratégias de *coping* verificadas como mais eficazes no controle do stressse serem centradas nos estados emocionais, outros estudos apontam para que os cuidadores tendam a utilizar em maior número as estratégias de resolução de problemas. Sequeira (2007) ressalva contudo a necessidade de adequar as estratégias de *coping* a cada pessoa, procurando “potenciar” as mesmas.

O estado cognitivo dos idosos, nomeadamente a existência ou não de demência, tem influência nas estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores, assim como na sua percepção de

eficácia (Sequeira, 2007).

No que respeita às estratégias de *coping*, Sequeira (2007) salienta a importância das questões socioculturais, nomeadamente por os seus dados estarem mais de acordo com Brito (2002) que com Nolan (1996). Sequeira (2007) notifica ainda uma curiosidade interessante, nomeadamente no que respeita às estratégias de “lidar com os sintomas de stress”, uma vez que o estudo de Nolan, no Reino Unido, aponta estratégias desajustadas com a realidade portuguesa, tais como beber um copo, fumar ou participar em grupos de ajuda, actividades essas que na população portuguesa são substituídas por cuidar do jardim, passear no campo, fazer renda ou cuidar da casa, conversar com pessoas amigas ou ir à missa rezar.

A componente religiosa foi realçada por Chang, Noonan e Tennstedt (1998) referidos por Sequeira (2007), que afirmaram que as pessoas que recorriam à religião tinham uma melhor percepção sobre o cuidar, uma melhor relação com o idoso e níveis mais baixos de depressão, pelo que se verifica uma estratégia importante de *coping*.

Ruth e Coleman (1996) referidos por Sequeira (2007) refere que as estratégias de *coping* adoptadas pelos cuidadores estão relacionadas com o nível educacional, capacidade cognitiva, conhecimentos, experiência de vida, habilidades sociais, apoio social, motivação, saúde, factores de personalidade, auto-conceito e auto-estima. Existe assim um elevado número de estratégias de *coping* consideradas eficazes, considerando-se importante que sejam os profissionais de saúde a ajudar os cuidadores a potenciar as mesmas, possibilitando a sua utilização de uma forma eficaz. Goossens *et al.* (2008) apoia esta teoria acrescentando que os profissionais de saúde deveriam estar despertos atempadamente para os sintomas de *distress* por parte dos cuidadores. Okabayashi *et al.* (2008) acrescenta que a prevenção do declínio da saúde mental dos cuidadores tende a possibilitar um maior envolvimento do cuidador nos cuidados, melhorando a qualidade de vida dos idosos dependentes, e que esta saúde mental está relacionada com as estratégias de *coping* eficazes.

Uma vez contextualizado o stresse e o *coping*, assim como a sua importância na vida dos cuidadores informais, serão abordados em seguida alguns aspectos relevantes ao processo de envelhecimento e à dependência, conceitos estes chave na abordagem ao tema em estudo.

CAPÍTULO 3 – O ENVELHECIMENTO E A DEPENDÊNCIA

3.1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Para a DGS (2004) e o INE (2007), a designação de pessoa idosa enquadra-se no indivíduo com idade cronológica igual ou superior a 65 anos. Esta definição tem sido contudo alvo do relativismo ligado à esperança média de vida, afirmando Barros (2008a) que em países em vias de desenvolvimento a idade poderia ser 60 anos e países muito desenvolvidos e evoluídos em termos de higiene e medicina poderia ser 70 ou 75 anos.

Este aumento da esperança média de vida que se verifica nas sociedades desenvolvidas levou à abordagem categorizada da velhice, assumindo que corresponde a uma fase longa do ciclo vital. Desta forma foram vários os autores que apresentaram diversos conceitos para a velhice, ainda que com algumas semelhanças. Barros (2008a), refere que nos Estados Unidos foram distinguidas três categorias: idosos jovens (*elderly*)(65 – 74 anos); idosos (*aged*)(75 – 84 anos); e muito idosos (*very old*)(a partir dos 85 anos). Outra forma de categorizar as idades foi por décadas: velhos jovens (60 – 69); velhos de meia idade (70 – 79); velhos-velhos (80 – 89); e velhos muito velhos (a partir de 90 anos). Nesta última categorização, o mesmo autor afirma que poder-se-ia chamar às duas primeiras décadas de 3º idade e às duas últimas décadas de 4º idade, podendo existir ainda uma 5º idade.

Para além da perspectiva cronológica, tem-se falado recentemente em outras formas de categorizar a velhice. Lidz (1983), referido por Barros (2008a) categoriza a velhice não com base na idade cronológica mas com base nas suas capacidades funcionais de dependência de outros. Desta forma, refere a existência do “idoso” ou fase da “senectude”, onde apesar da reforma, o

indivíduo ainda não apresenta grandes alterações psicomotoras e ainda se sente válido; a “senescência” onde já há alterações significativas ao nível orgânico e psicológico, apresentando já alguma dependência de terceiros em algumas actividades; por fim existe a “senilidade”, onde o idoso se torna totalmente dependente. Também Neri (2001) referido por Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007), ponderam três divisões semelhantes às anteriores: a velhice primária como sendo um fenómeno universal que abrange toda a gente de uma forma progressiva de redução da habilidade à adaptação; a velhice secundária ou patológica resultante de modificações causadas por doenças relacionada com a idade e a velhice terciária ou terminal resultante de um declínio evidente das capacidades cognitivas e físicas num curto espaço de tempo, ocorrendo geralmente a morte.

Vários autores abordaram o conceito de envelhecimento, nas suas variadas perspectivas biopsicosociais. Em traços gerais, “*o envelhecimento refere às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam com a idade cronológica*” (Birren & Renner, 1977 citados por Paúl, 1997: 10). Esta definição embora aparentemente biocêntrica, dá a entender que durante a faixa temporal do organismo em causa ocorrem múltiplos fenómenos tanto fisicamente como psicológica e socialmente. De acordo com Schroots e Birren (1980) referidos por Paúl (1997), o envelhecimento tem três componentes, o processo de envelhecimento biológico designado por senescência, o processo de envelhecimento social, relativo aos papéis sociais e expectativas da sociedade para esta faixa etária e o envelhecimento psicológico que é definido pela auto-regulação do indivíduo, no que respeita a tomar decisões e opções, adaptando-se a todo o processo de envelhecimento no seu todo.

Imaginário (2004) refere alguns autores e definições de envelhecimento, das quais se salientam as seguintes: “*processo de deterioração e degenerescência*” (Stevens, 1976 citado em Imaginário, 2004: 42); “*processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e*

fisiológicas produzindo-se entre os 50 e 60 anos” (Stevens, 1976 citado em Imaginário, 2004: 42); *“processo complexo e dinâmico com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas (...) processo que promove crescimento, desenvolvimento e adaptação contínua até à morte.”* (Staab & Hodges, 1997 referido em Imaginário, 2004: 42); *“(...) incapacidade progressiva do organismo, para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”* (Robert, 1995 citado por Imaginário, 2004: 43); *“(...) período em que a involução dos órgãos começa a ser evidente”* (Reis, 1980 citado por Imaginário, 2004: 43); *“(...) a soma de todas as alterações que ocorrem num organismo com o passar do tempo”* (Timiras, 1997 citado por Imaginário, 2004: 43).

Das múltiplas definições de envelhecimento salienta-se alguns conceitos chave, nomeadamente a palavra tempo, desenvolvimento, involução, adaptação e processo dinâmico, pelo que podemos então constatar que o envelhecimento é um processo contínuo e inevitável, caracterizado pelo desenvolvimento dos organismos com o passar do tempo, desenvolvimento esse que é dinâmico e requer uma adaptação constante do organismo ao meio, podendo no caso dos seres humanos, ter fases biopsicossocialmente consideradas evolutivas ou regressivas do seu estado geral. Estas fases consideradas regressivas estão relacionadas tanto com factores biológicos do envelhecimento celular e orgânico, como com factores psicossociais.

Barros (2008a: 14) salienta a existência de vários critérios para definir a velhice para além da idade cronológica. São estes a *“(...) idade biológica (níveis de maturidade física e estado de saúde), psicológica (relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação) e social (status, papéis e funções a desempenhar)”*. Este autor refere assim a existência de um outro conceito designado por *idade funcional*, no fundo definindo a velhice de uma forma mais lata e adequada a cada pessoa, princípio pelo qual a reforma obrigatória definida pela idade cronológica foi abolida dos Estados Unidos.

O envelhecimento é um processo extremamente complexo, composto por várias dimensões que interagem entre si, a biológica, a psicológica e a social, sendo difícil discriminar quais as causas de cada transformação relacionada com a idade, dado que uma mudança numa destas dimensões pode provocar mudanças de uma forma indirecta nas outras. Este facto justifica a razão pela qual uma mudança no estado de saúde leva a uma alteração da capacidade cognitiva, ou as perdas sociais possam originar problemas de afectivos e posteriormente de saúde (Montorio & Izal, 1999 referido em Figueiredo, 2007). Berger e Mailloux-Poirier (1995) acrescentam que as modificações ligadas à senescência estão relacionadas com a dificuldade de adaptação, pelo que, se o idoso não sofrer de doença grave ou traumatismo significativo, tem tudo que precisa para conservar a sua capacidade de adaptação até uma idade avançada. A velhice é contudo caracterizada por esta dificuldade de adaptação, isto é, uma baixa de capacidade funcional ligada ou não a doença, levando a que mais cedo ou mais tarde o idoso tenda a tornar-se dependente, sobretudo após os 80 anos. Dadas estas diversas vertentes, será especificado seguidamente o que se relaciona com o envelhecimento aos níveis biopsicossocial.

3.1.1 – Envelhecimento biológico

As modificações anatómicas e fisiológicas do envelhecimento surgem por volta da segunda década de vida, contudo, é por volta da quarta década de vida que se tornam mais evidentes, continuando até à morte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). As modificações fisiológicas que ocorrem, afectam tanto a componente estrutural relativa ao aspecto geral do corpo como o seu funcionamento orgânico e são referidas seguidamente no quadro 1, quando derivadas do envelhecimento primário, isto é, quando não são originadas por situações patológicas (*vide* quadro 1).

Quadro 1 - Alterações estruturais e funcionais derivadas do envelhecimento primário

Alterações estruturais

a) células e tecidos

- Diminuição do número de células activas;
- Aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células;
- Abrandamento do ritmo da multiplicação celular;
- Diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia;
- Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos;
- Atrofia e perda de elasticidade tecidular.

b) Composição global do corpo e peso corporal

- Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro;
- Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos;

c) Músculos, ossos e articulações

- Diminuição de 25% a 30% da massa muscular;
- Diminuição da mobilidade de diversas articulações;
- Adelgaçar dos discos vertebrais o que provoca uma redução de 1,2 cm a 5 cm de altura;
- Redução da dimensão da caixa torácica;
- Perdas de cálcio (osteoporose);
- Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio.

d) Pele e tecido subcutâneo

- Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da parede, possibilidade de

equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas;

Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas;

Perda de elasticidade da pele;

Persistência da prega cutânea;

Aparecimento de rugas;

Acentuação das proeminências ósseas;

Descair da face, queixo e palpebras, e alongamento dos lobos das orelhas.

e) Tegumentos

Pelos finos e raros, excepto na face;

Perda de cabelo, calvíce ou cabelos brancos;

Acinzentar ou descolorir os cabelos;

Espessamento das unhas (onicogribose).

Alterações funcionais

a) sistema cardiovascular

Degenerescência cálcica das válvulas;

Diminuição de 18% do volume de água;

Diminuição de 40% do débito cardíaco;

Aumento da tensão arterial em repouso;

Redistribuição do fluxo sanguíneo: o cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual que o fígado e rins;

Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes;

Aumento da resistência dos vasos periféricos;

b) Sistema respiratório:

Perda de capacidade de expansão pulmonar;

Diminuição da capacidade respiratória;

Diminuição do consumo basal de oxigênio;

Possibilidade de enfisema e bronquite senil;

Atrofia e rigidez pulmonar;

Problemas de expectoração das secreções brônquicas.

c) Sistema renal e urinário

Diminuição do número de nefrônios;

Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular e do fluxo sanguíneo renal;

Possibilidade de incontinência;

Micções mais frequentes e menos abundantes.

d) Sistema gastrointestinal:

Modificação dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc...;

Mais lenta cicatrização da mucosa oral;

Atrofia das glândulas salivares;

Diminuição do sentido do paladar;

Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos;

Diminuição da secreção de ácido clorídrico, da pepsina e do suco pancreático;

Diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e peristaltismo;

Perturbações da absorção;

Diminuição da secreção de enzimas hepáticas e da acção anti-tóxica do fígado;

Ligeira baixa da absorção intestinal;

Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação.

e) Sistema nervoso central

Diminuição do numero de unidades funcionais no cérebro;

Perda de massa cerebral;

Baixo consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral;

Declínio gradual da condução nervosa e demora no tempo de reacção;

Diminuição da condução periférica e dos neurotransmissores;

Perda de eficácia dos proprioceptores

Dificuldade no controlo da postura e do equilíbrio;

Perda de motricidade fina;

Alteração do controlo do sistema autónomo;

Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo;

Elevação do liminar da percepção do sabor e odores;

Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e a temperatura;

Diminuição auditiva, sobretudo para os sons agudos;

Sensações auditivas anómalas;

Diminuição da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna;

Presbitia e presbiopia;

Redução da acuidade visual e da visão periférica;

Possibilidade de cataratas senis e/ou glaucoma.

f) Sistema endócrino e metabólico

Possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose;

Abrandamento da utilização periférica da tiroxina;

Alterações menores do funcionamento cortico-supra-renal;

Baixa do metabolismo basal;

Diminuição da taxa de estrogénio.

g) Sistema reprodutor

Atrofia dos órgãos genitais internos e externos

Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação;

Modificação da libido no homem e na mulher;

Cessação da actividade reprodutora na mulher.

h) Sistema imunitário

Lentidão da resposta imunitária a um antigénio

Imunodeficiência relativa

i) Ritmos biológicos e sono

Modificação das fases do sono;

Períodos mais frequentes de sono ligeiro;

Diferente repartição das horas de sono.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que no que respeita a causas fisiológicas relacionadas com o envelhecimento secundário, isto é, gerado por causas patológicas, e com a dependência, constata-se que as três principais causas de restrição da actividade dos idosos são as doenças osteoarticulares, cardiovasculares e perturbações de visão e audição, seguindo-se as doenças mentais, nomeadamente a demência. Situações como estas vão agravar e acelerar o processo do envelhecimento cronológico sobre o organismo.

3.1.2 – Envelhecimento psico-cognitivo

O declínio gradual dos idosos não se restringe aos processos biofisiológicos do organismo e das suas consequências estruturais e orgânicas, ocorrem também, derivado de múltiplos factores de ordem biopsicossocial, mudanças ao nível psicológico que se vão reflectir no processo cognitivo dos idosos. Neste aspecto, Figueiredo (2007) dá particular importância às áreas da personalidade e do funcionamento cognitivo, abordando neste último a inteligência, a memória e a aprendizagem.

A personalidade do idoso já teve abordagens distintas ao longo dos vários estudos efectuados, com o objectivo de apurar quais os efeitos do envelhecimento nas mudanças dos traços de personalidade. Figueiredo (2007), refere nos anos 50 um investigador de nome B. Neugarten elaborou um estudo transversal onde concluiu que as pessoas mais velhas tendiam a preocupar-se mais com a sua vida, demonstrando menos preocupação emocional com o mundo externo, justificando que as pessoas mais velhas tendiam a um afastamento do mundo exterior. A autora refere contudo que posteriormente esta teoria foi posta de lado, nomeadamente com o aparecimento de um estudo longitudinal elaborado por Costa e McCrae em 1988, que aferiu que as dimensões da personalidade são comuns a todos os sujeitos e se mantêm estáveis durante toda

a vida, pelo que a velhice não têm efeitos na mudança de personalidade, afirmação esta apoiada por Barros (2008a), que acrescenta que o passar da idade leva a que as pessoas encarem mais tranquilamente os acontecimentos de vida, equilibrando os ganhos e as perdas pela utilização da sua experiência e sabedoria. Figueiredo (2007), reforça que esta teoria veio dar um forte argumento face aos estereótipos da velhice relacionados com o isolamento e a resistência a novas experiências. Refere a autora que apesar da tendência para a estabilidade, podem ocorrer sempre ligeiras mudanças de personalidade relacionadas com as formas de lidar com o stresse e as estratégias de *coping* utilizadas, pelo que mudanças ocorrem no sentido de lidar com os desafios que surgem ao longo da vida.

As questões relacionadas com a inteligência dos idosos têm sido alvo de estudo desde a década de 20, ainda que mais recentemente se intensificaram as polémicas geradas pela não fiabilidade da aplicação dos seus testes, por motivos educacionais e socioculturais para quais os testes são concebidos. Inicialmente, aceitava-se que o declínio da inteligência ocorria por volta dos 20 ou 30 anos de idade, contudo com o passar dos anos, os estudos tiveram uma evolução ao nível da complexidade da abordagem. A partir da década de 50, o surgimento dos estudos longitudinais mudaram o paradigma e passou-se a aceitar que a inteligência permanecia relativamente estável durante a vida adulta, sendo que as alterações verificadas em estudos transversais anteriores se deviam a diferenças geracionais ou de coorte (Figueiredo, 2007).

Devido às dificuldades em comparar os idosos com os mais novos, a revolução da complexidade do estudo da inteligência surgiu por volta desta década com Raimond Cattell e John Horn que defenderam um modelo de inteligência composto por duas dimensões: a *inteligência fluída* , relacionada com a atenção, a memória e as capacidades de raciocínio; e a *inteligência cristalizada* , relacionada com informação geral, vocabulário, capacidades derivadas da experiência, educação e aculturação (Figueiredo, 2007; Barros, 2008b). No que respeita ao estudo da inteligência dos idosos, Horn e Cattell (1967) referidos por Barros (2008b) e citados em

Figueiredo (2007: 41), “*revelaram a existência de um declínio na inteligência fluída e estabilidade ou até incremento da inteligência cristalizada durante o período da vida adulta.*”

Sistematizando em termos de idade cronológica, Schaie (1996) referido por Barros (2008b), pôde concluir que se verificam progressos cognitivos até à década de 40 anos de vida, seguindo-se um período de estabilidade por volta dos 60 anos, quando se começa a verificar um declínio pouco significativo, embora o declínio seja bastante mais significativo na inteligência fluída. Figueiredo (2007) refere que as aptidões relacionadas com inteligência fluída começam a diminuir por volta dos 30 anos, enquanto que as aptidões relacionadas com a inteligência cristalizada permanecem estáveis até aos 60 anos. Estes dados são contudo acompanhados da afirmação de que as aptidões perdidas com o passar da idade estejam ligadas às aptidões que foram menos centrais, logo menos utilizadas durante a experiência de vida, pelo que, das várias sub-categorias que constituíam a operacionalização da inteligência, embora algumas tenham verificado diminuições, no conjunto delas todas não se verificavam declínios, mesmo em idades avançadas, concluindo tal como Brotz (1989) citado por Paúl (1997: 17) que “*a falta de uso é a entidade patológica que actua no organismo humano.*” Barros (2008b) acrescenta que embora haja uma diminuição de rendimento intelectual com o passar da idade, particularmente nos muito velhos, pode afirmar-se que não há um declínio generalizado mas antes alguma estabilidade, havendo aspectos específicos, nomeadamente a sabedoria que podem até crescer.

Estas afirmações anteriores levam para a existência de vários tipos de inteligência, teoria estudada por Gardner (2005) referido em Brennand e Vasconcelos (2005), que definem a inteligência como sendo a capacidade do humano de criar a partir do que aprendeu culturalmente e do que desenvolveu em seu cérebro, dando por sua vez ao surgimento de outras habilidades e competências, sendo isso comum a qualquer indivíduo. Desta forma, estes autores referem a existência dos seguintes tipos de inteligência: a inteligência linguística, matemática, musical, espacial, corporal, intrapessoal, interpessoal, naturalista, espiritual, existencial e a inteligência

moral. Referem ainda na possibilidade de que essas inteligências sejam interdependentes, sendo possível que cada ser humano disponha da manifestação mais marcada de uma ou mais que uma, como consequência das suas interações com o ambiente.

No que respeita às razões do declínio da inteligência, estas são apontadas por alguns autores referidos em Figueiredo (2007), nomeadamente a diminuição da velocidade de processamento e informação, o défice na memória de funcionamento e os decréscimos na acuidade visual e auditiva; assim como factores de ordem da saúde como as doenças cardiovasculares; factores de ordem social tais como o isolamento, o nível educacional, o nível de estimulação ambiental e o rendimento económico; e factores de personalidade, tal como o auto-conceito e a flexibilidade.

A memória humana, para Schaie e Willis (2002) referidos em Figueiredo (2007), é um processo que envolve três fases: a codificação, o armazenamento e a recordação, podendo a informação ser codificada e armazenada em três tipos de memória diferentes: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo.

A memória sensorial retém através do sistema sensorial os estímulos do meio e tem uma duração de décimas de segundo (Figueiredo, 2007).

A memória a curto prazo refere-se à memória que retém pequenas quantidades de informação por períodos ligeiramente superiores ao da anterior. Esta pode ser dividida em dois tipos, a memória primária relacionada com a retenção de pequenas quantidades de informação por breve período de tempo, tal como memorizar um número para o escrever em seguida, e a memória de trabalho, que envolve ao mesmo tempo a retenção de informação e sua utilização para resolver um problema (Figueiredo, 2007).

A memória a longo prazo pressupõe o armazenamento de informação por longos períodos de tempo. Esta pode ser dividida em três tipos: a memória procedimental, referente às competências aprendidas para repetição quase automática, como andar de bicicleta por exemplo;

a memória semântica, relacionada com os conhecimentos gerais tal como o nome das capitais ou dos reis; e a memória episódica, relacionada com os acontecimentos de vida que vão sucedendo tal como recordar o que se fez no dia anterior (Figueiredo, 2007).

No que respeita ao efeito do envelhecimento na memória, os investigadores apontam para que cada um dos diferentes tipos de memória sejam afectados de forma diferente, sendo aceite na comunidade científica que a memória se modifica com a idade. Os tipos de memória que se modificam negativamente com a idade são a memória de trabalho (memória curto prazo) e a memória episódica (memória longo prazo), sendo que os restantes tipos e sub-tipos de memória não apresentam diferenças significativas (Figueiredo, 2007).

A autora supra referida apresenta contudo alguns dados que condicionam de certa forma o estudo da memória nos idosos, nomeadamente as questões da motivação, dado que os estudos em meio laboratorial aparentam piores resultados. Outra limitação parece ter que ver com as estratégias empregadas para dar resposta aos instrumentos de pesquisa, pelo que quando estudados juntamente com pessoas mais jovens os dados tendem a ser enviesados. Barros (2008b) refere ainda que um problema que os estudos acerca da memória dos idosos é serem realizados com idosos muito novos, existindo poucos estudos com idosos mais velhos, contudo, Baeckman *et al.* (2000) referido em Barros (2008b), elaborou um estudo com idosos com mais de 75 anos, em que obteve as mesmas conclusões referidas anteriormente.

Figueiredo (2007) refere ainda um factor importante no estudo da memória junto de pessoas mais velhas que é a metamemória, isto é, a percepção que têm acerca da sua própria memória, pelo que acredita ter mais problemas de memória tende a manifestar menor confiança relativamente em melhorar mesma. Cavallini *et al.* (2002) referido em Barros (2008b), provou que a utilização de boas estratégias ajuda à reabilitação da memória quer em pessoas mais velhas como em mais novas, referiu ainda que a melhoria da capacidade mnemónica ocorre com a utilização de estratégias metacognitivas.

A aprendizagem é um conceito que está intimamente relacionado com a memória. No que respeita ao envelhecimento e as suas implicações na capacidade de aprender, o paradigma mais antigo afirmava que com o envelhecimento verificava-se um declínio significativo da aprendizagem (Figueiredo, 2007).

Actualmente, são tidos em conta outros aspectos, nomeadamente relativos à própria natureza da aprendizagem e aos factores não cognitivos passíveis de a condicionar (Simões, 1982 referido em Figueiredo, 2007) e à distinção entre aprendizagem como um processo interno e *performance* como um acto externo (Botwinick, 1973 referido em Figueiredo, 2007).

De acordo com Walsh (1983) referido por Figueiredo (2007), quando se enfatizam os resultados visíveis, está-se a avaliar a aprendizagem inferida na *performance*, o que pode não corresponder à aprendizagem propriamente dita, o que dificulta a avaliação. Consta-se também todo um conjunto de fenómenos (não cognitivos) que interferem na avaliação da aprendizagem, nomeadamente a motivação, a autoconfiança. Schaie e Willis (1991) referidos em Figueiredo (2007), acrescentam que a idade aumenta o tempo necessário para aquisição de nova informação.

Barros (2008b) refere que na 4ª Conferência Internacional sobre a educação de adultos, considerou os idosos como um grupo com necessidades educativas particulares, em parte, explica Cross (1984) referido em Barros (2008b) derivado a três principais factores, factores estes orientados para o ensino formal: barreiras de ordem situacional, nomeadamente a falta de tempo; barreiras de ordem institucional, tais como a acessibilidade à escola; e factores de ordem disposicional, relacionados com a falta de confiança nas próprias capacidades em aprender.

No entanto, Simões (1982) referido em Figueiredo (2007) afirma que estas conclusões acerca dos factores não cognitivos apenas explicam parte da diferença, pelo que os resultados nos idosos continuam inferiores ao dos mais jovens.

O ensino de idosos deve ser adequado às suas características de aprendizagem e de memória, por exemplo recorrendo mais à experiência acumulada do que à transmissão de novos

conhecimentos, assim como outras estratégias orientadas para as especificidades normais existentes nos idosos (Barros, 2008b).

3.1.3 – Envelhecimento social

Da mesma forma que existem modificações fisiológicas e psicológicas, o envelhecimento traz com ele um conjunto de modificações na vida das pessoas ao nível do seu papel na sociedade. Paúl (2005) afirma que o estabelecimento de relações sociais é fundamental para a saúde mental dos indivíduos, realçando a grande importância para os idosos que constituem um grupo de grande vulnerabilidade nesta matéria. São várias as evidências de alterações de papéis sociais. Figueiredo (2007) dá ênfase à reforma como uma fase de grande relevância, e à alteração dos papéis familiares, relacionado com esta alteração dos papéis familiares, Paúl e Fonseca (2005) apontam para as migrações e mudanças de residência como situações que alteram as redes sociais dos idosos. Na mesma linha, Barros (2008b) e Sousa *et al.* (1996) afirmam que uma progressiva redução da actividade social nos idosos se deve à reforma, à viuvez, à independência dos filhos, à perda de autonomia, à perda de amigos que aumentam com a idade, ao aumento da vulnerabilidade física e à redução dos níveis de reciprocidade, pelo que o idoso recebe mais do que dá.

A reforma é um acontecimento de vida de grande importância na nossa sociedade. Em primeiro lugar é uma fase conotada como passagem de socialmente útil para socialmente inútil e não produtivo. Segue-se o sentimento de perda de estatuto social dado que o estatuto social que outrora tinha deixa de ser evidente passando a adoptar o estatuto de reformado. Outra situação gerada pela reforma é a diminuição de rendimentos económicos, assim como uma diminuição da oportunidade de contactos sociais, passando estes a estarem mais centrados no seio da família

(Figueiredo, 2007). Ocorre uma perda de identidade significativa derivado da ruptura dos laços estabelecidos no trabalho, especialmente em pessoas que tinham poucos contactos sociais fora do trabalho (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Sousa *et al.*, 1996). Berger e Mailloux-Poirier (1995), complementam este acontecimento referido anteriormente de aumento do tempo junto da família como de uma grande importância no que concerne à comunicação e ao isolamento social, uma vez que os assuntos de diálogo que outrora eram numerosos por serem alimentados de fontes exteriores, esgotam-se e passam a ser substituídos pelo quotidiano, gerando a que os cônjuges se tendam a fechar em si.

No que respeita às alterações familiares, existem para Sousa *et al.* (1996) várias alterações ao nível familiar com o passar da meia-idade. A primeira que se verifica é o chamado “ninho vazio”, quando os filhos ganham autonomia e abandonam a casa. Nesta fase o casal tem que se adaptar a um novo desafio que, de acordo com alguns autores tende a ser uma experiência facilmente superada. Com esta saída, outras tarefas podem vir a surgir, nomeadamente a aquisição do papel de avós, apoiando os filhos a cuidar dos netos.

Quando de começa a evidenciar a dependência e a necessidade de apoio, surge outra modificação nas relações familiares. Geralmente tendem a ser os filhos mais próximos a quem cabe o papel de cuidar dos pais dependentes. A autora supracitada refere que esta geração de adultos é apelidada de *geração sanduiche*, pela necessidade de dar tanto apoio educacional aos filhos, como apoio aos pais nas suas necessidades identificadas. Sousa *et al.* (1996) salienta a evidência de que quando falha esta proximidade, nomeadamente por distância ou necessidade laboral dos filhos, os idosos tendam a permanecer sozinhos.

Outra situação que ocorre com os idosos está relacionada com os assuntos financeiros dos mesmos, sendo frequentes as discussões familiares centradas na forma como os idosos gerem o seu dinheiro e as suas heranças (Sousa *et al.*, 1996).

Descentrando das relações intergeracionais, estes autores referem ainda que com o

evoluir da idade, o casal de idosos tende a voltar à condição inicial de uma vida a dois. Já Montorio e Izal (1999) referidos em Figueiredo (2007) salientam a ocorrência de doença e morte do cônjuge como um factor de grande importância a vida do idoso, sendo que a relação perante a morte tende a ser complexa, oscilando entre a revolta, o alívio e a depressão.

Sousa *et al.* (1996) e Figueiredo (2007) referem ainda as relações entre irmãos como sendo aquelas relações que tendem a ter um vínculo mais longo e especial, tanto pela disponibilidade como pela partilha da história de vida.

Uma vez abordados os aspectos mais relevantes ao processo de envelhecimento nas suas dimensões biopsicossociais, serão enquadrados seguidamente os efeitos que esses têm na sociedade.

3.2 – O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE

O fenómeno do aumento demográfico tem se verificado no último século de uma forma evidente em parte devido aos avanços na medicina e das condições de higiene na população, que levam tanto a uma diminuição da morbimortalidade perinatal, como a um envelhecimento mais tardio (Barros, 2008a). Este tópico aborda os assuntos relacionados com o aumento da esperança média de vida e a sua implicação na sociedade.

3.2.1 – Dados demográficos

De acordo com Barros (2008a), o envelhecimento populacional é um fenómeno que tem tido particular atenção pelas tendências demográficas que se têm verificado. Este autor refere que a humanidade atingiu os mil milhões de habitantes no início do século XIX, os dois mil milhões em 1925, os três mil milhões em 1959, os quatro mil milhões em 1974, os cinco mil

milhões em 1986 e os seis mil milhões no ano 2000, prevendo-se que se atinja os sete mil milhões de habitantes por volta de 2010/2012, sendo que este aumento demográfico vertiginoso se deve à diminuição da mortalidade infantil e aumento da longevidade. Apesar desta tendência de um aumento de cerca de mil milhões de habitantes por década, pode ocorrer eventualmente involução desta tendência devido ao controlo da natalidade, como já tem vindo a ocorrer em alguns países mais desenvolvidos.

Barros (2008a) refere existir dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento da base, relacionado com a diminuição da percentagem de crianças e jovens e o envelhecimento do topo, relacionado com o aumento do número de idosos.

Segundo as estatísticas do INE (2007), em Portugal a população idosa tem vindo a aumentar cada vez mais, nomeadamente os idosos com idade superior a 80 anos. Estima-se que de 1990 a 2006 a população idosa tenha aumentado de 13,8% para 17,3%. As projecções para o futuro indicam que daqui a cerca de 25 anos haverá mais de 200 idosos por cada 100 jovens, cerca de o dobro dos actuais 112. Paúl e Fonseca (2005) apontam ainda para sejam em 2050 a percentagem de idosos suba para 31,9%, enquanto que Barros (2008a) refere que os jovens deverão chegar aos 15%.

3.2.2 – Os efeitos do envelhecimento

Barros (2008a) afirma que as causas do envelhecimento não estão centradas na melhoria das condições de vida que faz aumentar a esperança média de vida mas culpabiliza sim a nova conjuntura social que gera diminuição da natalidade, nomeadamente através do controlo de natalidade, novos valores familiares que não os filhos, individualismo, exigências do mundo do trabalho, casamento mais tardio, entrada da mulher no mercado de trabalho, entre outros factores. Contudo, Barros (2008a) apresenta também as avanços da medicina como causas da

diminuição da mortalidade.

Para Zimerman (2000) referido em Barros (2008a), as consequências deste fenómeno de envelhecimento social são evidenciadas em vários panoramas. Ao nível social, ocorre uma maior convivência de várias gerações, a existência de famílias com um ou mais idosos e o aumento do número de idosos em instituições; ao nível da saúde tende a ocorrer maior exigência de serviços de saúde, maiores gastos com medicação e tratamentos, maior ocupação de camas hospitalares, aumento de transtornos mentais na população, aumento de suicídios e questões ao nível da eutanásia, inclusive Almeida (2004), refere que de acordo com a OMS apesar de a população idosa constituir cerca de 5% da população mundial, esta é responsável por 30% dos gastos em saúde; ao nível económico verifica-se um maior número de pensionistas e reformados, menos receitas para o Estado, maior necessidade de investimento em lares de idosos. Barros (2008a) acrescenta a existência de consequências políticas, nomeadamente um maior peso de votos em partidos conservadores, consequências culturais, nomeadamente o aumento do número de universidades para a terceira idade, assim como estruturas adaptadas para o lazer dos idosos, e consequências científicas e laborais tal como o intensificar do estudo em áreas relacionadas com a gerontologia e o aumento da oferta de emprego nesta área.

Outros factores causais apontados para as consequências do paradigma ao nível social no envelhecimento são: a mudança no que respeita ao papel de género na medida em que a mulher entrou no mercado de trabalho e tem agora a possibilidade de uma carreira profissional, dispondo de menos tempo para cuidar dos idosos; o crescente número de migrações desertificando as áreas rurais e sobrelotando os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições de vida, aumentando o isolamento social nos meios rurais; e as diferentes atitudes em relação à família, tendo-se tornado socialmente aceites novas formas de vida, nomeadamente, a união de facto e as famílias monoparentais. Estes factos sociais não significam que as famílias se tenham tornado entidades isoladas, mas sim adaptadas ao contexto social. (Carter & McGoldrick, 1995 referidos

em Sousa *et al.*, 2006). Já Sousa *et al.* (2006) aponta também para outros factores como o aumento do número de divórcios e reconstruções familiares no pós-divórcio, referindo que todos estes factores apontados anteriormente complexificam e aumentam a distância das ligações familiares aos familiares idosos.

Apontadas as causas e as consequências do envelhecimento, será em seguida dada atenção à questão da dependência, fenómeno de certa forma relacionado com o evoluir da idade.

3.3 – O IDOSO DEPENDENTE

Como foi visto anteriormente, associado ao aumento da esperança média de vida, surge também o aumento de pessoas em situação de dependência, pelos determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos relativos ao envelhecimento, embora não se esgote por aqui, uma vez que factores externos, nomeadamente comportamentais, sociais e ambientais, também influenciam na autonomia dos idosos (DGS, 2004).

Clarificando conceitos, Baltes e Sivelberg (1995) referidos em Figueiredo (2007: 64) definem dependência como “*um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem ajuda de outrem*” pelo que segundo Figueiredo (2007) está relacionada com a necessidade de ajuda de outros para a realização de actividades de vida no sentido de se adaptar ao meio. Já este autor salienta que por vezes existem más interpretações do conceito de dependência sendo confundidos com os conceitos de falta de autonomia ou de incapacidade. A autonomia está assim relacionada com a manutenção do poder de decisão (Baltes & Sivelberg, 1995 referidos em Figueiredo, 2007) e a incapacidade está relacionada com a existência de um défice na pessoa (Figueiredo, 2007). Estes conceitos implicam que uma pessoa dependente possa ser autónoma desde que mantenha poder de decisão e uma pessoa com determinada incapacidade não seja dependente desde que esteja adaptada ao seu meio nem necessitar de ajuda de terceiros

(Figueiredo, 2007).

No que se refere à dependência, constata-se que a maioria dos idosos não são dependentes, no entanto, é sempre importante ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes de um contexto de patologia crónica, cada vez mais frequente à medida que a idade avança (DGS, 2004). Sousa *et al.* (1996) afirma que o aumento da esperança média de vida possibilita a que os idosos vivam mais tempo, quer em situação de dependência ou de autonomia, na medida em que a evolução da medicina actual embora possibilite um prolongamento da vida não elimina a incidência das incapacidades associadas ao processo de envelhecimento.

Já para Paúl (1997), a literatura aponta para algum desconhecimento no que respeita aos dados definitivos em relação ao declínio das capacidades do idoso, referindo no entanto a importância de avaliar quais os factores de variabilidade interindividual que podem atrasar ou minorar esse acontecimento. Bortz (1989) citado por Paúl (1997: 17) afirma que o envelhecimento não é sinónimo de fraqueza, fragilidade, depressão, introduzindo a ideia que “(...)a falta de uso é a entidade patológica que actua no organismo humano.”

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), as modificações ligadas à senescência estão relacionadas com a dificuldade de adaptação, pelo que, se o idoso não sofrer de doença grave ou traumatismo significativo, tem tudo que precisa para conservar a sua capacidade de adaptação até uma idade avançada. A velhice é contudo caracterizada por esta dificuldade de adaptação, isto é, uma baixa de capacidade funcional ligada ou não a doença, levando a que mais cedo ou mais tarde o idoso tenda a tornar-se dependente, sobretudo após os 80 anos. Segundo Figueiredo (2007) a evidência empírica tem demonstrado uma estreita relação do envelhecimento com a dependência, dado que a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta com a idade. Apesar disso, salienta que dependência não é sinónimo de velhice pois existem pessoas dependentes em todos os estratos etários, assim como existem idosos não dependentes.

O objectivo de aumentar a esperança média de vida foi um desafio à alguns anos atrás, refere Barros (2008a), actualmente, o desafio é dar qualidade de vida a esses idosos tornando-os mais activos numa velhice mais duradoura.

Ramos (2003) referido por Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007), abordam o envelhecimento bem sucedido com base na sua capacidade de independência. Desta forma, refere que os idosos com doenças podem ser considerados idosos saudáveis quando comparados com outros com as mesmas doenças, embora sem controlo sobre elas. Idosos saudáveis são assim fisicamente e mentalmente saudáveis, independentes na sua vida diária, integrados socialmente, com suporte familiar e economicamente independentes, mantendo a sua autonomia e felicidade.

É neste contexto de aumento da dependência dos idosos que se enquadra o capítulo seguinte, relacionado com o cuidador informal, elemento este que tem a responsabilidade de cuidar do idoso dependente.

CAPÍTULO 4 – O CUIDADOR INFORMAL

4.1 – CONCEITO DE CUIDADOR INFORMAL

De acordo com Honoré (2004), “cuidar” significa ocupar-se com o cuidado de alguém ou de qualquer coisa de acordo com uma certa ideia do que é bom para ele. A definição de cuidar significa assim ser atencioso no acolhimento de alguém, na atenção, na preocupação com a forma como o outro está, assim como na satisfação das suas necessidades. Collière (2003), afirma ainda que cuidar é essencialmente permitir que alguém com dificuldade física e/ou psico-afectiva enfrente a vida quotidiana. Cuidar no domicílio tem o intuito de ajudar uma pessoa doente ou idosa a continuar a realizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer independentemente.

Neste sentido, Pearlin *et al.* (1990) referidos em Figueiredo (2007) clarificam a diferença entre “care” (cuidar ou preocupar-se) e “caregiving” (prestar cuidados), sendo que “care” está relacionado com a componente afectiva e “caregiving” com a componente comportamental de prestar efectivamente cuidados, apesar de serem intrínsecas uma da outra.

Figueiredo (2007: 101) faz referência a estudos que indicam que o cuidado informal é apontado como uma “(...) *actividade tipicamente prestada por familiares ou amigos chegados a uma pessoa que já não consegue gerir todos os aspectos da sua vida diária e cuidados pessoais*”.

Figueiredo (2007) salienta ainda a diferença entre a dependência nas actividades básicas da vida diária (higiene, vestuário) e nas actividades instrumentais (limpar a casa, cozinhar), referindo que de acordo com Schulz e Quittner (1998) a assistência a um familiar idoso

dependente por vezes não difere muito das actividades familiares sem pessoas dependentes, exemplificando que cuidar da casa ou cozinhar para um dependente ou por exemplo para o marido não faz diferença. Contudo as actividades de tomar banho ou vestir já são vistas mais claramente como cuidados informais.

No que respeita às definições de cuidador e cuidador informal apresentadas pela literatura, estas são múltiplas e nem todas pacíficas no que respeita aos conceitos.

Gordilho *et al.* (2000) referidos por Floriani (2004), avança com uma definição mais lata para o conceito de cuidador, caracterizando o cuidador como sendo a pessoa, membro ou não da família, que com ou sem remuneração cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas actividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento a serviços de saúde ou serviços requeridos no quotidiano, excluindo serviços, técnicas e procedimentos identificados como sendo legalmente estabelecidos como por exemplo o caso de serviços de enfermagem.

Já Garrido (1999) referido por Vilaça *et al.* (2005: 223) especifica, e diz que o conceito de cuidador é algo muito discutido, existindo definições para os vários tipos de cuidadores: cuidadores formais, cuidadores informais, cuidadores principais e cuidadores secundários. Contudo, este autor simplifica e define cuidador como “*o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente*”. Vilaça *et al.* (2005) remete ainda para outros autores que definem cuidador como aquele que dirige os seus cuidados a indivíduos com necessidades no domicílio e como aquele que se responsabiliza e assiste a pessoa cuidada, definições estas que vão de encontro às definições de cuidador principal referidas seguidamente.

Quando se especifica os tipos de cuidador, a bibliografia define o cuidador principal (ou primário), com sendo aquele que tem maior responsabilidade nos cuidados diários do idoso dependente realizando a maior parte das tarefas do quotidiano. Já o cuidador secundário é aquele que realiza tarefas, no entanto não com tanta regularidade, nem detendo tanta responsabilidade

nem poder decisório, auxiliando apenas em actividades complementares do cuidador principal. (Figueiredo, 2007; Floriani, 2004; Gonçalves *et al.*, 2006; Vilaça *et al.*, 2005). Menezes (1994) referido em Cattani e Girardon-Perlini (2004), complementa que a função de cuidador principal, seja ela por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade, é assumida por uma única pessoa, que atende às necessidades do idoso e se responsabiliza por elas. Já Mendes (1998) referido em Vilaça *et al.* (2005) acrescenta a existência de um cuidador domiciliar, que é aquele que possui maiores vínculos familiares com o dependente.

Já Hora, Sousa e Alvarez (1995) referidos por Machado, Freitas e Jorge (2007), chamam cuidador informal ao indivíduo que trata de alguém da família ou outro ente querido, sem formação na área da saúde, isto é, uma pessoa que desempenha uma actividade de assistência ao outro, sem contar necessariamente com uma preparação técnica e/ou emocional para tal. Stone *et al.* (1987) referido por Floriani (2004) e por Figueirodo (2007) acrescentam que o cuidador informal se define como o cuidador não remunerado no desempenho dos cuidados diários ao idoso dependente. O cuidador formal é, segundo Brazil (1999) referido por Vilaça *et al.* (2005), aquele que é profissional, formado numa instituição de ensino para prestar cuidados de acordo com as necessidades específicas de um doente.

Abreu e Ramos (2007) agrupou em 3 domínios essenciais as tarefas que os cuidadores habitualmente prestam a um dependente: actividades instrumentais da vida diária (arrumar, limpar, preparar refeições, compras, pagar as contas,...); assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado (higienizar, vestir, alimentar, mobilizar,...); apoiar emocionalmente o doente (fazer companhia, lidar com as pressões decorrentes do papel de cuidador).

Surge então a questão de como e quando é que alguém se assume como cuidador de outro, questão essa abordada no subcapítulo seguinte.

4.2 – ASSUMIR-SE CUIDADOR

O domicílio é visto como sendo um espaço onde idosos, pessoas portadoras de doenças crónicas ou outras afecções podem viver em boa qualidade de vida com estabilidade. Tem se tornado cada vez mais aceite e frequente cuidar de pessoas doentes em casa, assim como considerar o domicílio como sendo o local ideal para envelhecer (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

Cuidar em contexto domiciliário é um processo que tem sido descrito por variados autores, nomeadamente Brown e Stetz (1999) referidos em Brito (2002), como uma tarefa de esforço ao nível cognitivo, emocional e físico, não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Tornar-se cuidador é um processo que de acordo com Jani-Le Bris (1994) referida em Figueiredo (2007) pode ocorrer de duas vias principais. A primeira via é o processo sub-reptício e coincide com a gradual perda de autonomia, em que o cuidador começa a prestar cuidados sem se aperceber de tal, e sem ter tomado consistentemente essa decisão. Nestes casos é difícil datar o início da prestação de cuidados. A segunda via é o acontecimento inesperado que pode ser originado de doença ou acidente seguidos de uma saída do hospital; viuvez; ou demissão ou morte da pessoa que anteriormente prestava cuidados. Estes casos são fáceis de datar e a decisão de assumir a prestação de cuidados é consciente.

Velasquez *et al.* (1998) referidos em Sousa *et al.* (2006) apontam para um fenómeno frequente em que quando um cuidador se assume como cuidador, os outros potenciais cuidadores tenderem a ausentar-se das responsabilidades e quanto mais envolvidos se tornam os cuidadores, menos envolvidos se tornam os não-cuidadores.

A quando do assumir do papel de cuidador familiar, mesmo que sem ser por livre opção, estão sempre subjacentes motivações. De entre as motivações salientam-se o dever e a pressão

moral ou social, o sentido de solidariedade conjugal, filial ou familiar, os factores religiosos, os sentimentos de amor e piedade, a recompensa material e o evitar da institucionalização. Outras motivações de carácter circunstancial, nomeadamente, coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro da institucionalização elevado (Sousa *et al.*, 2006). Também Cattani & Girardon-Perlini (2004) refere motivações ligadas ao cuidar, nomeadamente o dever moral ligado ao matrimónio, a componente afectiva por manifesto de carinho e amor pelo outro por que se tem afinidade. Alvarez & Gonçalves (2001) referidos em Gonçalves *et al.* (2006), adicionam a obrigação devida a aspectos culturais e religiosos, a imposição de cuidar por força das circunstâncias devido à ausência de outro suporte e as razões financeiras em que o cuidar é realizado em troca de sustento.

Relacionado com os factores de motivação, segundo Vasconcelos (2005), as redes sociais de apoio são maioritariamente prestadas por mulheres, tendendo a que caso seja envolvida a família, será lateralizada a família da mulher. É dada muita importância à proximidade geográfica e aos rendimentos económicos, tendendo a ter mais apoio quem tem mais rendimentos. Segundo Imaginário (2004), o cuidador informal tem uma grande sobrecarga relacionada pela prestação contínua de cuidados, nomeadamente quando ocorre a falta de um cuidador substituto e de apoio familiar. Concomitantemente, o acto de cuidar de um idoso vai comprometer também a saúde, a vida social e a relação com os restantes membros da família.

No entanto, o estudo de Imaginário (2004: 219-220) concluiu que “(...) *no que concerne à prestação de cuidados em contexto familiar, a perspectiva dos cuidadores foi favorável a que esta se desenvolva em meio familiar*”. De acordo com os cuidadores, o domicílio é o meio onde são prestados melhores cuidados, embora tenha sido concluído também que os cuidadores sentam igualmente necessidade de algum apoio externo tanto na prestação de cuidados como no apoio social e emocional. Com esta afirmação concorda Sousa *et al.* (2006), que refere que na cultura portuguesa, assim como nos países do sul da Europa, a família constitui a unidade

fundamental de suporte aos que necessitam de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos, estando ainda enraizada nesta cultura o papel da mulher como principal prestadora de cuidados. É neste sentido que culturalmente se assume cuidar dos idosos dependentes em casa, em detrimento da institucionalização, socialmente reprovada e conotada como abandono.

Segundo Imaginário (2004), cada vez menos o modelo de família tem passado das grandes famílias para famílias nucleares, com menos elementos, no entanto, de acordo com Barreto e Preto (1996) referidos em Imaginário (2004), os laços afectivos, a cooperação e contacto não se perderam, existindo ainda um ambiente de ajuda mútua. Desta forma, segundo Imaginário (2004), a família ainda é a principal fonte de ajuda e apoio do idoso dependente, apesar das condicionantes sociais das relações intergeracionais, nomeadamente demográficos, mobilidade geográfica, integração da mulher no mercado de trabalho e menor tamanho do agregado familiar. Cattani e Girardon-Perlini (2004) acrescentam que o domicílio constitui o local onde os indivíduos desempenham as suas actividades, criam laços de amor e ódio, interagem uns com os outros, têm momentos de lazer, e por vezes em determinadas circunstâncias atendem às situações de doença e dependência dos outros.

Cattani & Girardon-Perlini (2004), referem ainda que quando o cuidador não é o cônjuge, tende a haver um aumento da probabilidade de cuidar quanto mais estreita for a relação parental na família, tendendo maioritariamente a ser cuidador principal o familiar geneologicamente mais próximo, sendo pacífico em múltiplos estudos que os cuidadores são maioritariamente mulheres, como é constatado também no capítulo seguinte que caracteriza o cuidador informal.

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Figueiredo (2007) resume as tendências para a decisão acerca de quem é o prestador de cuidados de um idoso. Primeiro o parentesco, com prevalência dos cônjuges, seguindo-se algum

filho; depois o género, predominando o sexo feminino; a proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados; a proximidade afectiva, avançando a relação conjugal e parental. Desta forma, os potenciais cuidadores informais são as mulheres, nomeadamente as esposas, filhas ou noras.

Figueiredo (2007), reúne vários estudos e resume em traços gerais o perfil do cuidador informal. Nas questões de género, como já foi visto predomina o sexo feminino; a idade está compreendida entre os 45 e os 60 anos; o parentesco preferencial é o cônjuge, seguido da descendência (filho ou nora) e depois amigos ou vizinhos; o estado civil dos cuidadores tende a ser casado, seguido de solteiros ou divorciados e depois viúvos; no que respeita a proximidade geográfica, os cuidadores tendem a viver mais próximo do familiar dependente; no que respeita a emprego, os dados remetem para que pouco mais de metade dos cuidadores tenham uma ocupação remunerada, sendo que a grande maioria seja a tempo completo, contudo estes dados variam com os países; finalmente no que respeita à duração dos cuidados, tende a ser uma tarefa de longa duração que pode exceder os 15 anos e tendendo a que quem já cuidou de alguém tenda a cuidar de outra pessoa, fenómeno este designado por “cuidador em série”.

No rumo do que já foi abordado nos capítulos anteriores relativos ao stresse e ao *coping* do cuidador informal, assim como aos aspectos ligados a este e às suas necessidades específicas face ao contexto de cuidar de um idoso dependente, serão abordados seguidamente as evidências relativas às redes de apoio social, suas vantagens e limitações.

4.4 – REDES DE APOIO SOCIAL

Segundo Sousa *et al.* (2006), a prestação de cuidados aos idosos é fragilizada pela menor disponibilidade pelos membros da família em assumir o papel de cuidador, pelas mais variadas razões anteriormente descritas, adicionando outra razão que é o facto de muitas vezes serem

também idosos que têm de cuidar de idosos, com todas as limitações físicas e psicossociais presentes. A evidência de um crescente aumento da população idosa, assim como aumento da necessidade de cuidados de saúde nesta área levam à necessidade da criação de redes sociais de apoio específicas nesta matéria.

Dadas estas circunstâncias, surgem aqui os recursos formais da sociedade de suporte e ajuda aos cuidadores e às pessoas dependentes e que desempenham um papel fundamental no fortalecimento da contribuição da família para a manutenção e melhoria dos níveis de saúde e seus integrantes (Cattani & Giardon-Perlini, 2004), que, de acordo com Imaginário (2004) cada vez estão mais desenvolvidos, ficando a caber à família essencialmente o poder decisório. Complementando esta afirmação, diversos estudos apontam para uma crescente necessidade do cuidado domiciliário, uma vez que o cuidado informal tenderá sempre a ser realizado pela família, principalmente devido a situações crónicas de saúde (Perlini & Faro, 2005 referido por Simonetti & Ferreira, 2008). Desta forma, Diogo, Ceolim e Cintra (2005) referidos por Simonetti e Ferreira (2008), apontam para o desenvolvimento de recursos humanos e programas especializados para os cuidados informais como uma das principais necessidades dos programas de saúde do idoso. Para estes autores, esta formação de especializada é um recurso fundamental para que pode oferecer orientações gerais sobre o cuidado propriamente dito, assim como espaços onde os cuidadores possam expor as suas ansiedades e dificuldades.

Brito (2002) acrescenta que estes programas de prevenção são uma mais-valia para a qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores, resultando em evidentes benefícios humanitários, sociais e económicos. Karsch (2003), refere que face à necessidade do objectivo de manter os idosos em casa, têm sido criados nos países desenvolvidas redes de apoio social de suporte aos dependentes e aos seus cuidadores, constituídos por equipas multidisciplinares especializadas.

É assente nesta filosofia que foram criados projectos de grande investimento estatal por

parte do Ministério da Saúde de Portugal, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados, para que estes possam dar resposta efectiva às necessidades da família cuidadora e do idoso em situação de dependência (Dec.-Lei nº 101/2006; Lopes, 2007), integrado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, programa este que visa “(...)a *manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.*” (DGS, 2004: 2). Esta rede engloba todo um conjunto de parceiros como explica o ponto 1 do Artigo 2º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006, nomeadamente “(...)unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.”.

Atendendo aos objectivos de qualidade dos cuidados definidos pela DGS (2004), para a manutenção de uma velhice saudável e activa, Paúl (2005: 37) refere que “a *existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo*”. Desta forma, considera-se que uma abordagem familiar em que se procura envolver a família em todo o processo de cuidar, fornecendo orientações básicas para o cuidar, fornecer apoio e encorajar, esclarecer a família para os seus direitos assim como orientar para os recursos da comunidade é apontado como sendo uma forma de se trabalhar eficazmente em contexto domiciliário (Brito, 2002; Simonetti & Ferreira, 2008).

Cattani e Giardon-Perlini (2004) e Petronilho (2006) referem-se ao papel da enfermagem domiciliária como uma tarefa vital para que, face às dificuldades do quotidiano, os cuidadores se possam sentir assistidos em vez de solitários na tarefa de cuidar, uma vez que a informação e o acompanhamento dos cuidadores pode influenciar na qualidade do seu desempenho. Assim, Cattani & Giardon-Perlini (2004) afirmam que o profissional desta forma procura capacitar o

cuidador a prestar cada vez melhores cuidados e servir de suporte psicossocial no sentido de ajudar a procurar estratégias que evitem a sobrecarga e o isolamento social. Salientam estes autores que contudo parece existir ainda um grande desconhecimento por parte de muitos cuidadores acerca dos recursos da sociedade.

Apesar da constante evolução nesta matéria, vários estudos apontam para a necessidade de apoio social/familiar no sentido na necessidade de haver um maior investimento em programas de saúde ligadas à família com membros idosos em situações fragilizadas (Gonçalves *et al.*, 2003; Bocchi, 2004). Lopes (2007), reforça o facto de um dos principais problemas encontrados é o acesso aos serviços de saúde domiciliários, sejam estes de saúde ou apoio social. Aponta ainda a falta de divulgação e o excesso e burocracia como factores principais de inacessibilidade, salientando ainda que as instituições “(...) são muito fechadas sobre si mesmas, faltando uma cultura de partilha, discussão e articulação ente si” (Lopes, 2007: 45-46).

Esta autora sugere medidas organizacionais facilitadoras do cuidar de pessoas dependentes, nomeadamente, melhorar a divulgação dos serviços, aumentar o banco de apoios de equipamentos para empréstimo ou aluguer, melhorar o sistema de comunicação no sentido de detectar atempadamente as situações de necessidade de apoio social domiciliário, promover a criação de serviços com respostas integradas, nomeadamente cuidados de saúde, entre eles reabilitação, e serviço social e por último apontam para o alargamento dos horários de apoio domiciliário estendido aos sete dias da semana. Deverá ser contudo referido que, de acordo com a ARSA (2009), apesar destas recomendações, recentemente os serviços de saúde têm estado a caminhar nesse sentido, existindo actualmente as “Equipas de Cuidados Continuados Integrados”, em que no Algarve funcionam 18 Equipas de Apoio Domiciliário Integrado alargadas aos sete dias da semana e uma Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos, que dão apoio a mais de 1600 utentes.

Está finalizada aqui a primeira parte onde foi efectuado o enquadramento teórico do

tema, pelo que seguidamente será introduzida a segunda parte onde é descrito o estudo de campo realizado.

PARTE II
ESTUDO DE CAMPO

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

Este capítulo vem abordar as opções metodológicas no âmbito deste trabalho, nomeadamente o tipo de abordagem metodológica, as características da amostra, as variáveis, as hipóteses e as características dos instrumentos de avaliação do stress e do *coping*.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Face ao objectivo proposto, pretende-se desenvolver um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal.

O paradigma quantitativo está ligado à observação de fenómenos, formulação e hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo das variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição de hipóteses com base numa abordagem matemática para as testar, com o objectivo de generalizar resultados a uma população, estabelecendo relações causa-efeito e prevendo resultados (Carmo & Ferreira, 1998).

Descritivo, porque de acordo com Carmo e Ferreira (1998) e Gil (1994) este estudo tem como objectivo a rigorosa descrição das características de uma determinada população ou fenómeno assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis, e exploratório no sentido que tem também o intuito de criar uma nova visão acerca do problema.

Transversal, pois pretende estudar a amostra em causa simultaneamente, num determinado momento temporal coincidente com a altura da recolha de dados (Carmo &

Ferreira, 1998).

1.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO

O stresse do cuidador informal tem sido um tema de recente abordagem fruto do contexto sociodemográfico da sociedade onde nos inserimos. Cada vez é maior o número de idosos e com eles aumenta a prevalência de doenças crónicas assim como a dependência de terceiros. A resposta institucional é pequena para tal número, aumentando assim o número de idosos dependentes no domicílio, e com eles, os cuidadores informais em stresse num contexto socioeconómico e laboral que dificulta a prestação de cuidados (Barros, 2008).

As estratégias de *coping* dos cuidadores já têm sido apresentadas em alguns estudos (Brito, 2002; Nolan *et al.*, 1996, 1998 referidos em Sequeira, 2007; Sequeira, 2007; Cooper *et al.*, 2008; Okabayashi *et al.*, 2008; Simonetti & Ferreira, 2008), contudo ainda insuficientes para utilizar os mecanismos de *coping* como ferramentas promotoras de saúde mental neste campo.

Surgiu dentro deste contexto a necessidade de avaliar este problema (stresse no cuidador informal do idoso em situação de dependência), relacionando-o com as estratégias de *coping* dos cuidadores, assim como outros aspectos ligados ao seu quotidiano.

Numa primeira fase, era necessária a selecção da amostra composta por cuidadores informais de idosos dependentes. Para tal foi solicitada a colaboração e autorização de organizações que trabalham com idosos dependentes e cuidadores informais no sentido de ceder alguma informação acerca dos seus utentes, nomeadamente o nome, a morada e o número de telefone (Anexo I).

Numa segunda fase, os cuidadores foram contactados previamente no sentido de agendar data e hora para a visita no seu domicílio. Nesse contacto telefónico, foi explicado brevemente em que consistia o estudo e solicitada autorização verbal no sentido de colaborar com o mesmo

mediante consentimento informado lido posteriormente.

Na terceira fase, os cuidadores foram contactados no seu domicílio onde lhes foi explicado o objectivo do estudo assim como a duração prevista para a colheita de dados, solicitando-se então que fosse autenticado o consentimento informado na folha de rosto do formulário (Anexo II).

A colheita de dados foi efectuada unicamente ao cuidador informal principal, longe da capacidade auditiva e visual de terceiros.

1.2.1 – Principais hipóteses

Dados os objectivos deste trabalho, no sentido de identificar a intensidade de stresse do cuidador informal e as estratégias de *coping* utilizadas, foram elaboradas as seguintes hipóteses em função da literatura consultada.

H1: O *coping* relacionado com a) as “estratégias centradas na prestação de cuidados”; b) as “percepções alternativas sobre a situação”; c) as “estratégias centradas no problema”; d) as “estratégias centradas no cuidador”; e) as “estratégias centradas no meio”; f) e as “estratégias centradas na partilha do problema” influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse total no cuidador informal.

H2: O *coping* relacionado com a) as “estratégias centradas na prestação de cuidados”; b) as “percepções alternativas sobre a situação”; c) as “estratégias centradas no problema”; d) as “estratégias centradas no cuidador”; e) as “estratégias centradas no meio”; f) e as “estratégias centradas na partilha do problema” influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal.

H3: O *coping* relacionado com a) as “estratégias centradas na prestação de cuidados”; b) as “percepções alternativas sobre a situação”; c) as “estratégias centradas no problema”; d) as

“estratégias centradas no cuidador”; e) as “estratégias centradas no meio”; f) e as “estratégias centradas na partilha do problema” influenciam negativamente a percepção da intensidade de stress relacionado com a vida familiar e a prestação de cuidados do cuidador informal.

1.3 – POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA SELECIONADA

1.3.1 – População

Hill e Hill (2002: 42) refere que se dá o nome de População ou Universo “(...) ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões”, que neste estudo em particular é constituída pelos cuidadores informais do concelho de Faro.

Faro é uma cidade sede de concelho situada no sul de Portugal e capital de distrito da região do Algarve. O concelho de Faro apresenta uma área de superfície de 20391,28 Ha (CMF, 2005), com uma população estimada de cerca de 58.739 habitantes (28334 homens e 30405 mulheres) no ano de 2007 (INE, 2008, 2009). CMF (2005), apoiado pelos dados dos censos do INE, refere ainda a existência de seis freguesias: Santa Barbara de Nexe (Área: 3798,65 Ha; População em 1991: 4338 habitantes; População em 2001: 4119 habitantes); Estói (Área: 4658,03 Ha; População em 1991: 3100 habitantes; População em 2001: 3538 habitantes); Conceição de Faro (Área: 2179,38 Ha; População em 1991: 3662 habitantes; População em 2001: 3751 habitantes); São Pedro (Área: 1098,05 Ha; População em 1991: 11228 habitantes; População em 2001: 12761 habitantes); Sé (Área: 6293,78 Ha; População em 1991: 25120 habitantes; População em 2001: 28546 habitantes); e Montenegro (Área: 2365,63 Ha; População em 1991: 3313 habitantes; População em 2001: 5336 habitantes).

No concelho de Faro estima-se que no final de 2007 existissem cerca de 9549 pessoas com mais de 65 anos (4070 homens e 5479 mulheres), constituindo dessa forma cerca de 16,25%

da população, existindo cerca de 104,6 idosos (>65 anos) por cada 100 jovens (<15 anos) com um índice de dependência de idosos de 23,8 (INE, 2008, 2009).

No que respeita às estatísticas demográficas da população idosa dependente de terceiros, esta informação não está disponível pelo que se torna difícil de quantificar. Existe contudo um estudo diagnóstico efectuado em 2000 no conselho de Castelo Branco que concluiu existirem mais mulheres dependentes do que homens. Concluiu ainda que cerca de 40.4% dos idosos são muito dependentes, 49,5% são pouco dependentes e apenas 10.1% mantêm a sua independência (Amaral & Vicente, 2000).

1.3.2 – Amostra

Face ao que foi constatado acerca da dificuldade em conhecer e englobar toda a população neste estudo por inexistência de tempo e recursos, nomeadamente conhecer e estudar todos os cuidadores informais em contexto domiciliário, Hill e Hill (2000) refere que pode ser analisada apenas uma parte dos casos que constituem a população, parte essa que é designada por amostra. Refere ainda que a amostra deve ser representativa da População.

A amostra do estudo é de conveniência na medida em que a procura dos cuidadores em seus domicílios não se torna possível e outra forma, atendendo ao facto de nem se conhecer o número total da população.

A amostra é assim constituída por um total de 110 cuidadores informais apoiados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Faro e por uma Instituição Particular de Solidariedade Social de Faro que presta apoio a idosos. O número de participantes da amostra foi essencialmente calculado com base em duas teorias fundamentais, apoiadas por Hill e Hill (2000), a “teoria do esforço mínimo”, dada a grande dificuldade em efectuar a colheita de dados e o tempo médio que leva cada uma delas em contexto domiciliário, e a “teoria

do Polegar”, atendendo ao número mínimo necessário de cinco participantes para cada item formulado (N = 5k) para efectuar uma análise factorial da escala construída especificamente para avaliar a intensidade do stresse no cuidador informal, critério este descrito também por Tinsley e Tinsley (1987) referido por Jesus (1996).

No sentido de aumentar o rigor e a credibilidade do estudo no que respeita à operacionalização das variáveis, foram definidos ainda critérios de selecção da amostra, descritos seguidamente, no sentido desta ser o mais homogénea possível.

Inicialmente ponderou-se a aplicação do instrumento na forma de questionário estruturado, em que o cuidador deveria ter a capacidade de responder às questões efectuadas no instrumento, beneficiando da ajuda do investigador apenas se necessário. Foi contudo revista esta situação por se ter verificado que os participantes da amostra não tinham capacidade de responder correctamente e conscientemente às perguntas formuladas sem benefício da leitura das frases. Este facto deveu-se possivelmente a vários motivos, nomeadamente a idade avançada dos cuidadores, o baixo nível de escolaridade e as deficiências sensoriais. Desta forma, optou-se por efectuar a recolha de dados através da aplicação do questionário pelo investigador aos cuidadores.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), esta técnica tem a vantagem de o investigador fornecer ao participante dados que lhe permitam compreender a sua importância para a realização do estudo, assim como a utilidade do mesmo. Esta técnica faz com que o participante tenha tendência a colaborar com o investigador, partilhando voluntariamente a informação sem se sentir usado ou manipulado e forma coerciva. Este autor refere contudo que este tipo de estratégia de recolha de dados pode gerar problemas, nomeadamente a influência do investigador sobre o participante, as diferenças sócio-culturais entre eles e a sobreposição de canais de comunicação. Pesando os prós e contras da utilização desta estratégia, considerou-se que seria benéfica a sua utilização atendendo às dificuldades da amostra já referidas.

Brito (2002: 70) refere no seu estudo, semelhante ao presente, que preferencialmente os cuidadores deveriam preencher o questionário, contudo salienta que *“tendo atenção o baixo nível de escolaridade de muitos elementos da população, bem como o grau de dificuldade que o preenchimento de todo o conjunto de instrumentos poderia representar, colocou-se desde logo a possibilidade de os questionários poderem ser respondidos com ajuda parcial ou total do profissional de saúde”*.

Atendendo aos diferentes conceitos de cuidador informal, para a realização deste estudo foi definido cuidador informal principal como aquele que cuida mais proximamente, durante mais tempo e que colabora dentro das suas possibilidades com as actividades de vida em que o idoso é dependente, de uma forma não remunerada, independentemente da sua formação de base ou experiência de vida. Apesar das definições de cuidador informal incidirem muito na pessoa “responsável” pelo idoso, no que respeita ao assumir da responsabilidade, verificou-se que por vezes quem se assume como responsável são elementos da família mais socialmente activos, nomeadamente os filhos, apesar de algumas vezes nem residirem na mesma região do idoso e apesar de os outros familiares que residem com ele também terem capacidade para o fazer. Contornando estas questões culturais, atendendo aos objectivos do estudo, estes cuidadores apesar de serem determinantes no que respeita a assuntos de natureza legal e face à multiplicidade de conceitos para o cuidador informal, optou-se por incidir o estudo nos cuidadores que residem com o idoso.

Outro critério de selecção foi a existência de um cuidador informal assumido como tal e a ausência de conflitos evidentes no domicílio relacionados com o cuidar, a incapacidade de compreensão das questões elaboradas, a incapacidade sensorial evidente e os cuidadores que manifestassem situações de stresse pontuais não relacionadas com o cuidar, nomeadamente ocorrência de falecimento de pessoas próximas, perda da actividade laboral ou outras situações relevantes.

Vistas a população e a constituição da amostra, segue-se agora a apresentação dos instrumentos de pesquisa utilizados.

1.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA

1.4.1 – Instrumento de avaliação dos dados sociodemográficos

Para a avaliação dos dados sociodemográficos foi elaborado um questionário inicial com perguntas directas acerca de aspectos relevantes com a actividade do cuidar, de acordo com a bibliografia consultada, tendo sido operacionalizados em variáveis (Anexo II).

A variável “idade do cuidador” foi operacionalizada em seis grupos com uma amplitude de variação de 15 anos: menos de 20 anos; de 20 a 34 anos; de 35 a 49 anos; de 50 a 64 anos; de 65 a 79 anos; mais de 80 anos. O “sexo do cuidador” foi operacionalizado duas categorias: masculino e feminino. O “Estado Civil” foi operacionalizado em cinco grupos: casado; união de facto; solteiro; divorciado; viúvo. A variável “escolaridade” foi operacionalizada em número de anos de escolaridade e não em graus de instrução. O “Rendimento do agregado familiar” foi uma questão operacionalizada em cinco grupos com a seguinte variação: menos de 300 euros; de 300 a 600 euros; de 600 e 1000 euros; de 1000 a 2000 euros; mais de 2000 euros. A “Zona de residência” foi uma variável operacionalizada em duas categorias: zona urbana e zona rural.

A amostra foi inquirida também acerca de dados relativos à actividade de cuidar do qual resultaram as variáveis apresentadas seguidamente.

A variável “Tempo de prestação de cuidados” foi avaliada na questão aberta “Á quanto tempo cuida do idoso?” e operacionalizada nos conjuntos:]menos de 2 meses];]2 a 6 meses];]6 a 12 meses];]1 a 2 anos];]2 a 5 anos];]mais de 5 anos[. A variável “Ajudas informais” foi avaliada na questão fechada “Tem ajuda de familiares/amigos/vizinhos?” e operacionalizada em

duas categorias: sim ou não. A variável “Ajuda de suporte social formal” (Particular; IPSSs; SNS), foi abordada em três perguntas distintas e operacionalizadas da seguinte forma: Na pergunta 9, “tem ajuda de empregado particular?”, é operacionalizado o número de horas semanais. Na pergunta 10 e 11, se o cuidador “tem ajuda do sistema nacional de saúde?” e “ajuda de instituições particulares de solidariedade social?”, são operacionalizadas o número de visitas semanais. A variável “Experiências anteriores na actividade de cuidar” é avaliada na questão fechada “Na sua vida já experienciou situações semelhantes?” e operacionalizada em duas categorias: sim ou não.

Os dados sociodemográficos questionam ainda informação acerca no idoso dependente, nomeadamente idade (em conjunto de anos), o sexo (masculino; feminino) e a existência de lesões corporais (sim; não).

1.4.2 – A descrição do instrumento de avaliação da intensidade do stresse

Para a avaliação da intensidade do stresse nos cuidadores informais, foi elaborado um questionário com base no questionário de avaliação de stresse em adolescentes estudantes do Ensino Básico (Pacheco, 2002), sendo as suas questões contudo orientadas para os factores de stresse presentes nos cuidadores. Estas questões formuladas surgiram com base na revisão bibliográfica efectuada acerca do assunto.

Foi construído um instrumento de avaliação de stresse – grau e frequência – composto por três questões. A primeira questão pede: “Indique o seu nível de stresse” e encontra-se dividido em duas alíneas, uma em termos de “grau” e outra em termos de “frequência”; a segunda questão “em que grau cada um dos factores lhe provocam stresse?”, apresenta dez opções de resposta em que avaliam as relações com a família, as relações com os técnicos de saúde, a vida social, o esforço físico e/ou emocional de tomar conta do familiar dependente, o

tempo que gasta a tomar conta do familiar dependente, planejar o futuro, a sua situação económica, a sua privacidade, a falta de conhecimentos acerca dos cuidados e as atitudes do seu familiar; a terceira questão avalia exactamente os mesmos factores de stresse que a segunda, só que em termos de frequência (Anexo II).

Quando da realização do pré-teste, foi introduzida ainda outra variável relacionada com a percepção de stresse nas “relações com amigos e vizinhos”, que foi retirada por na sua generalidade (93,6%) não ter sido percebida como geradora de stresse nos cuidadores.

A avaliação do grau e da frequência em que cada um dos factores referidos anteriormente provocam stresse nos cuidadores, indicam, tal como em Pacheco (2002), a forma como os participantes percebem o stresse. Desta forma foi construído um questionário com escala do tipo Likert composto por seis graus de resposta, variando de (1) “Pouco” a (6) “Muito” nas questões que avaliam o grau de stresse e variando de (1) “Nunca” a (6) “Muitas vezes” nas questões que avaliam a frequência do stresse percebido.

Para se avaliar a intensidade do stresse, as análises foram feitas de acordo com o produto obtido entre o grau e a frequência do stresse para as mesmas alíneas da segunda e da terceira questão, como foi efectuado com Pacheco (2002) e que refere a mesma abordagem em Jesus (1996, 1998).

Para a elaboração deste instrumento de avaliação psicológica, foram tidos em consideração e com rigor aspectos fundamentais para sua validação. De acordo com Hill e Hill (2000) para validar um instrumento é necessário que sejam cumpridas determinadas operações que são elas: avaliação da consistência interna através do valor de *alfa* de Cronbach; a avaliação da correlação “Item-Total”; e a análise factorial exploratória.

Foi ainda necessário cumprir o critério de Tinsley e Tinsley (1987) referido em Jesus (1996) para ser possível generalizar os resultados com maior rigor, utilizando o número de sujeitos da amostra pelo menos cinco vezes superior ao número de itens da medida em estudo,

critério este também referido por Hill e Hill (2000), Pacheco (2002) e Pacheco, Murcho e Jesus (2005).

Como foi referido anteriormente, a intensidade do stresse foi avaliada através do produto obtido entre o grau e a frequência do stresse. Assim, tal como Jesus (1998) e Pacheco (2002), começou-se por calcular as correlações (r) do item com o total, sendo que a partir dessa fase foi adoptada a variável – intensidade – como aspecto relevante para as análises efectuadas no estudo.

A análise de correlação de cada item com o total da escala a que pertence, sem o peso do item em causa, permite uma melhor avaliação da variável em estudo, assumindo-se que cada item deverá contribuir para avaliar o que se pretende medir (Golden *et al.*, 1984; Hill & Hill, 2000 referidos em Pacheco, 2002). Pacheco, Murcho e Jesus (2005) salientam ainda que uma correlação ente o valor do item e o valor total se considera forte a partir de 0.3, sendo que esta correlação é assim estatisticamente significativa. Esta afirmação significa que cada item mede algo comum aos restantes itens, isto é, a variável latente que se pretende atingir através do questionário.

Passando aos dados, na análise da correlação item-total, verificou-se que existe correlação positiva e significativa para todos os itens, sendo a menor correlação entre a intensidade do stresse e as relações com os técnicos de saúde (.386) e a maior correlação entre a intensidade do stresse e o esforço físico/emocional de tomar conta do familiar (.713) (*vide* quadro 2).

Quadro 2 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total

Item	r
a	.391
b	.386
c	.486
d	.713
e	.664
f	.662
g	.562
h	.631
i	.473
j	.538

Pelos dados obtidos e de acordo com Reckase (1984) referido em Pacheco (2002), por apresentarem valores superiores a 0.3 serão considerados todos os itens.

Seguidamente será apresentada a análise factorial da escala de avaliação de stresse. A análise factorial é realizada a partir de um conjunto inicial de variáveis e vai tentar identificar um conjunto menor de variáveis hipotéticas, ou factores, com o objectivo final de reduzir a dimensão dos dados sem perder informação (Pereira, 2006). Hill e Hill (2000) complementam que a análise factorial é utilizada para verificar a unidimensionalidade de um conjunto de itens, no sentido de verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis latentes.

As condições para a realização da análise factorial foram satisfeitas, pois os coeficientes de KMO obtido foi de 0.813 e o teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2(45) = 396.722$; $p < 0.000$) evidenciaram um nível de significância inferior a 0.005, o que de acordo com Pereira (2006) nos permite afirmar a existência de correlações entre as variáveis.

Procedeu-se assim à análise factorial, aplicando a regra de Kaiser, no sentido de analisar as estruturas factoriais da escala, tendo sido das 10 variáveis iniciais obtidos 2 componentes. O primeiro componente explica 43,109 % e o segundo 10.674 % da variância total das respostas, perfazendo um total de 53,783 %. Desta forma constata-se que a estrutura do instrumento é bifactorial.

Na composição dos factores consideraram-se os seguintes critérios para a selecção das variáveis de acordo com a sua carga factorial: (1) Apresentar um valor de carga factorial superior a 0.3 rejeitando os valores inferiores, tal como refere Sisto e Pacheco (2002) e Sisto *et al.* (2008); (2) aceitar os valores superiores a 0.4 como é aceite por Boeckel e Sarriera (2005); e (3) se ambos os valores superarem a saturação de 0.4 deverá ter sido em conta a saturação superior, como verificado em Pacheco, Murcho e Jesus (2005).

Serão apresentados agora os dois factores que são saturados pelos. O Factor 1, a que se dá o nome de – “Stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador” – e que engloba os itens: “as relações com os técnicos de saúde” (.429); “a sua vida social” (.748); “planear o seu futuro” (.847); “a sua situação económica” (.607); “a sua privacidade” (.723); e “a falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar” (.429). O Factor 2, a que se dá o nome de – “Stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e prestação de cuidados” – e que engloba os itens: “as relações com a sua família” (.694); “o esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar” (.668); “o tempo que gasta a tomar conta do seu familiar” (.559); e “as atitudes do seu familiar” (.822) (*vide* quadro 3).

Quadro 3 – Estrutura factorial do instrumento de avaliação da intensidade do stresse após rotação Varimax

Itens	Factores	
	1	2
f) planear o seu futuro”	.847	.162
c) “a sua vida social”	.748	.015
h) “a sua privacidade”	.723	.260
g) “a sua situação económica”	.607	.298
i) “a falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar”	.429	.385
b) “as relações com os técnicos de saúde”	.429	.233
j) “as atitudes do seu familiar”	.151	.822
a) “as relações com a sua família”	.070	.694
d) “o esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar”	.488	.668
e) “o tempo que gasta a tomar conta do seu familiar”	.523	.559
% da variância	43.109	10.67

Após a análise factorial, procede-se seguidamente à análise de fiabilidade da escala. Pacheco (2002) afirma que o exame da fiabilidade e validade da variável latente é efectuado através da avaliação da consistência interna do questionário por avaliação do coeficiente alfa de Cronbach. Jesus (1996) diz que a avaliação de consistência interna é o método mais adequado par avaliação de escalas do tipo Likert, podendo-se verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens da escala. Pestana e Gageiro (2000) consideram um instrumento adequado para medir uma determinada variável quando o valor de consistência interna é superior a 0.7.

Desta forma, na sequência do processo de validação do instrumento, determinou-se a consistência interna do produto do grau de stresse e a frequência do stresse, ou seja, da intensidade do stresse, tendo sido obtido o valor de alfa de Cronbach de 0.85, pelo que de acordo com os autores anteriores está garantida a sua fiabilidade na medição da intensidade do stresse.

Calculou-se seguidamente a consistência interna dos dois factores determinados em que o factor (F1) – “Stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador” – apresentou um valor de alfa de Cronbach de 0.777 e o factor (F2) – “Stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados” – apresentou um valor de alfa de 0.775, mantendo a fiabilidade do instrumento de medição do stresse (*vide* quadro 4).

Quadro 4 – Resultados obtidos da consistência interna dos factores de stresse

	Factores	
	1	2
Alpha de Cronbach	.777	.775

1.4.3 – Descrição do instrumento de avaliação do *coping*

Os estilos de *coping* são avaliados através do instrumento CAMI Abreviado (Escala de

avaliação de *coping* do cuidador informal abreviada), que será operacionalizada através da aplicação de um questionário tipo Likert. O CAMI Abreviado foi adaptado da versão original e validado para a população portuguesa por Sequeira (2007).

1.4.3.1 – A versão original do CAMI

O CAMI – *Carers' Assessment of Managing Index* , foi um instrumento desenvolvido por Nolan e seus colaboradores no sentido de conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades percebidas numa perspectiva de estratégias de *coping* (Nolan *et al.* , 1995, 1996 referidos em Brito, 2002).

O CAMI é um questionário que inclui 38 afirmações relacionadas com estratégias de *coping* dos cuidadores informais orientadas para a actividade de prestação de cuidados. A sua utilização implica que a cada estratégia de *coping* apresentada seja respondido pelo cuidador se (1) Utiliza ou não e em caso afirmativo, deverá referir (2) se não dá resultado, (3) se dá algum resultado ou se (4) dá bastante bom resultado (Brito, 2002). Nolan *et al.* (1995, 1996, 1998) e Brito (2002) referidos em Sequeira (2007) justificam que o CAMI é um instrumento robusto e que constitui uma ferramenta útil tanto na investigação como na prática clínica, na medida em que possibilita ao profissional de saúde explorar e otimizar as estratégias de *coping* dos cuidadores. Nolan *et al.* (1996, 1998) e Brito (2002) referidos em Sequeira (2007) referem que a versão original conseguiu agrupar em três categorias as estratégias de *coping* : “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas”; “percepções alternativas sobre a situação”; “lidar com os sintomas de stresse”.

A tradução e aferição da versão original de Nolan e colaboradores para a população portuguesa foi conduzida por Brito (2002), atendendo para além das questões de semântica as questões culturais. Quanto à avaliação da consistência interna da versão portuguesa do CAMI,

obteve-se um valor de alfa de Cronbach de ($\alpha = 0.804$), valor este semelhante ao da versão original e ao da versão castelhana (Brito, 2002). Sequeira (2007) obteve um valor de alfa de Cronbach de ($\alpha = 0.87$) no mesmo questionário.

1.4.3.2 –A versão abreviada do CAMI

O estudo de Sequeira (2007) sugeriu que o CAMI poderia ser abreviado em menos perguntas sem perder validade, uma vez que a versão abreviada incluía todas as estratégias utilizadas por mais de 50% dos cuidadores. Refere ainda que a redução do número de perguntas permitia potenciar ainda a sua utilização sem perda significativa de informação, referindo ainda que não faz sentido englobar estratégias raramente utilizadas pelos cuidadores, com a existência de uma pergunta aberta onde estas poderão surgir. Salienta ainda que parte das perguntas estão de certa forma descontextualizadas com a cultura portuguesa. Ficou assim um CAMI Abreviado com 26 itens. Face ao exposto, foi esta escala abreviada que constituiu o instrumento de avaliação de *coping* no cuidador informal neste estudo (Anexo II).

No que respeita às características psicométricas do CAMI Abreviado, Sequeira (2007) apurou uma consistência interna global de alfa de Cronbach de ($\alpha = 0.94$), valor este superior ao do instrumento original.

A análise factorial do CAMI Abreviado através do método de rotação *Varimax* possibilitou a criação de seis factores que explicam 56% da variância total (Sequeira, 2007) (*vide* quadro 5).

Quadro 5 – Análise factorial do CAMI Abreviado e respectivos itens (Sequeira, 2007)

Primeiro Factor	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	(1) Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo (4) Planear com antecedência e assim estar preparado (7) Procurar obter toda a informação possível acerca do problema (17) Tomar medidas para evitar que os problemas surjam (19) Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação (21) Confiar na minha própria experiência e na minha competência (23) Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes	7 itens	25% da variância; ($\alpha = 0.81$)
Segundo Factor	“Percepções alternativas sobre a situação”	(5) Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu (6) Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa (8) Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa (9) Viver um dia de cada vez (24) Procurar ver o que há de positivo em cada situação (25) Pensar que ninguém tem culpa da situação	6 itens	8.7% da variância; ($\alpha = 0.76$)
Terceiro Factor	“Estratégias centradas no problema”	(13) Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde /sociais (14) Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução (22) Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte	3 itens	6.3% da variância; ($\alpha = 0.62$)
Quarto Factor	“Estratégias centradas no cuidador”	(15) Aceitar a situação tal como ela é (16) Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão,... (20) Manter dominados os meus sentimentos e emoções	3 itens	6.1% da variância; ($\alpha = 0.63$)
Quinto Factor	“Estratégias centradas no meio”	(3) Reservar algum tempo livre para mim próprio (10) Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder (11) Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível (12) Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas (26) Dedicar-me a coisas que me interessam, para além do cuidar	5 itens	4.7% da variância; ($\alpha = 0.72$)
Sexto Factor	“Estratégias centradas na partilha do problema”	(2) Falar dos meus problemas com alguém que confio (18) Agarrar-me a fortes crenças pessoais e religiosas	2 itens	4.4% da variância; ($\alpha = 0.55$)
Total	CAMI abreviado		26 itens	56% da variância; ($\alpha = 0.94$)

No presente estudo, onde foi utilizada esta escala abreviada de Sequeira (2007), verificou-se para aferir a consistência interna que o valor de alfa de Cronbach na amostra seleccionada foi de ($\alpha = 0.792$). Este valor é inferior ao verificado por Sequeira (2007) contudo também a nossa amostra (N=110) é inferior à do autor (N=184). Pestana e Gageiro (2000) afirmam contudo que os autores que de têm dedicado aos requisitos de construção de instrumentos para avaliação psicológica estão de acordo em que uma consistência interna superior a 0.7 é adequada para avaliar a variável que se pretende medir. Já Hill e Hill (2000) acrescentam que o valor só será inaceitável quando inferior a 0.6.

1.4.4 – Escala de avaliação de dependência (Índice de Barthel)

Segundo Mahoney e Barthel (1965) e Wade e Colin (1988) referidos em Sequeira (2007), o índice de Barthel é um instrumento de avaliação das actividades básicas de vida diária. Este instrumento é composto por 10 actividades básicas de vida diária em que cada uma das actividades se encontra categorizada em níveis de dependência que variam entre dois e quatro. O *score* “0” corresponde ao nível de total dependência enquanto o *score* mais elevado de cada item correspondente à independência (“5”, “10” ou “15”).

Sequeira (2007) refere ainda que a pontuação global do índice de Barthel varia entre os 0 e os 100 pontos, sendo o valor da independência total o valor de 100 pontos e sendo tanto mais dependente quanto mais baixo for o valor. O grau de dependência varia assim com o patamar de pontuação: menos de 20 pontos – Totalmente Dependente; 20 a 35 pontos – Severamente Dependente; 40 a 55 pontos – Moderadamente Dependente; 60 a 90 pontos – Ligeiramente Dependente; 90 a 100 pontos – Independente.

No nosso estudo o valor de alfa de Cronbach verificado para o índice de Barthel foi de ($\alpha=0.918$), o que demonstra uma boa consistência interna.

No capítulo seguinte serão apresentados e posteriormente descritos os resultados colhidos com os já referidos instrumentos.

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo irá apresentar os resultados colhidos com posterior discussão dos mesmos. Primeiro serão apresentados os dados da amostra no sentido de a caracterizar, em segundo lugar serão verificadas as relações entre as diversas variáveis, e por último serão verificadas as hipóteses em estudo referidas anteriormente.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No sentido de dar a conhecer a amostra constituída por 110 cuidadores informais e respectivos idosos dependentes do conselho de Faro, segue-se então a análise de frequências com base no questionário de avaliação sociodemográfica.

A grande maioria dos cuidadores de idosos (89.1%) tinha mais de 50 anos, sendo que 46,4% também eram idosos, os seja, apresentam uma idade superior a 65 anos. A parcela maioritária encontra-se entre os 50 e os 64 anos com 42.7%. Dos 110 cuidadores, 12.7% são homens e 87.3% mulheres.

A escolaridade dos participantes é variada, contudo salienta-se que 67.3% tinha o 4º ano ou inferior. A zona de residência varia entre 71.8% em zona urbana e 28.2% em zona rural.

A grande maioria dos agregados familiares conta com um rendimento que varia entre os 300 e os 2000 euros, sendo que a a maior parcela representa 34.5% e encontra-se entre os 600 e os 1000 euros.

O tempo da prestação do cuidado informal é muito variado como mostra o quadro 6.

Quadro 6 – Tempo de prestação de cuidado informal (n=110)

Tempo de prestação de cuidados	Percentagem %
]Menos de 2 meses]	5.5
]2 a 6 meses]	10.9
]6 a 12 meses]	10.0
]1 a 2 anos]	20.9
]2 a 5 anos]	29.1
]Mais de 5 anos[23.6

No que respeita às variáveis de ajudas formais e informais, constata-se que 58.2% têm ajuda de familiares, amigos ou vizinhos, ou seja ajuda de cuidadores secundários. Salienta-se então a evidência de que quase metade da amostra não conta com este tipo de ajuda.

A ajuda formal prestada por particulares existe em 14.5%, por IPSSs em 16.4%. A ajuda formal do SNS existe em mais de 90% da amostra, razão causada por ter sido fundamentalmente através dele que a amostra foi constituída, embora 55.5% não necessite de um apoio superior a uma vez por semana.

Dos 110 cuidadores, 35.5% admitiram já ter tido a experiência de cuidar de alguém no passado.

No que respeita aos dados sociodemográficos dos idosos dependentes, verifica-se que 45.5% são homens e 55.5% mulheres. Verifica-se ainda que 72.7% apresenta uma idade igual ou superior a 80 anos (*vide* quadro 7).

Quadro 7 – Idade dos idosos dependentes em estudo (n=110)

Idade do idoso dependente (anos)	Percentagem
65 a 69	3.6
70 a 74	9.1
75 a 79	14.5
80 a 84	29.1
85 a 89	30.0
90 ou mais	13.6

O grau de dependência dos idosos também é variado, embora a maioria seja totalmente dependente, como se verifica no quadro 8. Embora exista 1.8% considerados independentes na escala de Barthel, é de referir que essa independência não equivale ao score 100, mas sim a um valor superior a 90, pelo que existe uma ligeira dependência de terceiros. Dos idosos, 31.8% apresenta uma ou mais lesões corporais.

Quadro 8 – Grau de dependência dos idosos (n=110)

Idade do idoso dependente (anos)	Percentagem
Totalmente dependente	55.5
Severamente dependente	15.5
Moderadamente dependente	9.1
Ligeiramente dependente	18.2
Independente	1.8

2.2 – ANÁLISE PRÉVIA DAS RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

No sentido de analisar as interacções entre as variáveis, serão descritas seguidamente apenas as interacções significativas, dentro de uma perspectiva exploratória tal como Cleto e Costa (1996) e Pacheco (2002). Foi utilizado na sua generalidade e dadas as características das variáveis o teste de Kruskal Wallis pois, como é o caso, segundo Pestana e Gageiro (2000) e Pereira (2006), os testes não paramétricos apesar de não serem testes tão potentes, são indicados para quando existem grandes afastamentos da normalidade da amostra. Foi utilizada também a correlação de Spearman por ser uma correlação que para além de medir diferenças não lineares entre duas variáveis, é utilizada para variáveis ordinais ou quando a distribuição não é normal (Pereira, 2006). Foi ainda utilizada a análise de regressão linear múltipla para a verificação da existência de variáveis mediadoras (MacKinnon et al, 2000).

2.2.1 – Relação entre a intensidade do stresse e as outras variáveis em estudo

Depois da análise da relação entre a variável stresse e as outras variáveis, verificou-se que apenas se verifica significância na sua relação com a existência de lesões corporais no idoso, com a existência de cuidadores formais e informais. Existe ainda relação da intensidade do stresse com algumas estratégias de *coping*. Neste capítulo serão apenas abordados os resultados significativos que não constem nas hipóteses do estudo, pelo que essas serão abordadas mais tarde.

2.2.1.1 – A intensidade do stresse e a existência de lesões corporais no idoso

A análise estatística do stresse com a existência de lesões corporais foi significativa tanto para o (F1) stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador (Chi-Square = 13.766, $p = .000$) como para o (F2) stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (Chi-Square = 6.060, $p = .014$) (*vide* quadro 9).

Quadro 9 – Resultados obtidos da análise estatística entre a intensidade do stresse (F1 e F2) e a existência de lesões corporais

	F1 – “stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador”	F2 – “stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados”
Chi.Square	13.766	6.060
Sig.	.000	.014

.Kruskal Wallis

Especificando a intensidade do stresse nos itens de cada factor, em F1 é significativo o stresse relacionado com a vida social, planear o futuro, a situação económica e a falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar, em F2 é significativo o stresse relacionado

com o esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar, não sendo estatisticamente significativo para o stresse relacionado com as atitudes do seu familiar (*vide* quadro 10).

Quadro 10 – Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis de avaliação da intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de lesões corporais

	F1				F2	
	Vida social	Planear o futuro	A situação económica	A falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar	O esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar	As atitudes do seu familiar
Chi.Square	18.08	5.936	12.297	7.183	7.666	3.705
Sig.	.000	.015	.000	.007	.006	.054

.Kruskal Wallis

2.2.1.2 –A intensidade do stresse e a existência de ajudas informais

A análise estatística da intensidade do stresse com a existência de ajudas informais foi significativa apenas para o (F1) stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador (Chi-Square = 4.373, $p = .037$), não sendo estatisticamente significativa a relação com o (F2) stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (Chi-Square = .021, $p = .884$), pelo que a existência de cuidadores informais secundários influencia positivamente o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador (*vide* quadro 11).

Quadro 11 – Resultados obtidos da análise estatística entre a intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de ajudas informais

	F1 – “stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador”	F2 – “stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados”
Chi.Square	4.373	.021
Sig.	.037	.884

.Kruskal Wallis

Especificando a intensidade do stresse nos itens de F1 (stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador), verifica-se apenas significância entre o stresse relacionado com a falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar e a existência de cuidador informal (Chi-Square = 5.283, p.= .022) (*vide* quadro 12).

Quadro 12 – Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis de avaliação da intensidade do stresse em F1 e F2 e a existência de ajudas informais

	F1					
	As relações com os técnicos de saúde	Vida social	Planear o futuro	A situação económica	A sua privacidade	A falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar
Chi.Square	1.344	2.519	1,704	.229	2.274	5.283
Sig.	.246	.112	.192	.632	.116	.022

.Kruskal Wallis

2.2.1.3 –A intensidade do stresse e a existência de ajudas de suporte social formal

Para analisar a relação entre as ajudas formais (SNS, IPSS e ajudas particulares) e a intensidade do stresse foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

Os dados apontam para que a única relação das ajudas formais com a intensidade do stresse total seja por parte do apoio do SNS, relação com baixa significância e com uma magnitude negligenciável de acordo com o critério de Franzblau (1958), em que o explicado de uma variável na outra ronda os 3.7% da variância de acordo com Cohen (1988). Para o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador os resultados foram semelhantes. Já para o stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados não se verificou significância estatística (*vide* quadro 13).

Quadro 13 – Resultados obtidos da análise estatística entre as ajudas formais e a intensidade do stresse do cuidador informal

	Variáveis	Ajuda de particulares	Ajuda do SNS	Ajuda de IPSSs
Stresse Total	Coefficiente de correlação de Spearman	.096	.192*	-.094
	Sig.	.318	.045	.331
	N	110	110	110

	Variáveis	Ajuda de particulares	Ajuda do SNS	Ajuda de IPSSs
Stresse relacionado com a vida social e económica (F1)	Coefficiente de correlação de Spearman	.069	.225*	-.053
	Sig.	.475	.018	.582
	N	110	110	110

	Variáveis	Ajuda de particulares	Ajuda do SNS	Ajuda de IPSSs
Stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados (F2)	Coefficiente de correlação de Spearman	.108	.148	-.107
	Sig.	.263	.124	.264
	N	110	110	110

.Coefficiente de correlação de Spearman

(*Correlação significativa para .05 (2-tailed))

A relação fraca na ordem dos 0,2 entre a intensidade do stresse e a ajuda do SNS e atendendo à forte significância anteriormente verificada entre a presença de lesões corporais e o stresse, leva-nos a pesquisar sobre a influência mediadora da existência de lesões corporais nas aferições verificadas. Foi então clarificado através da utilização da regressão linear múltipla que adicionando a variável “lesões corporais” ao modelo de regressão onde já se encontrava a “ajuda do SNS”, a relação inicial perde significância (*vide* figura 7 e 8).

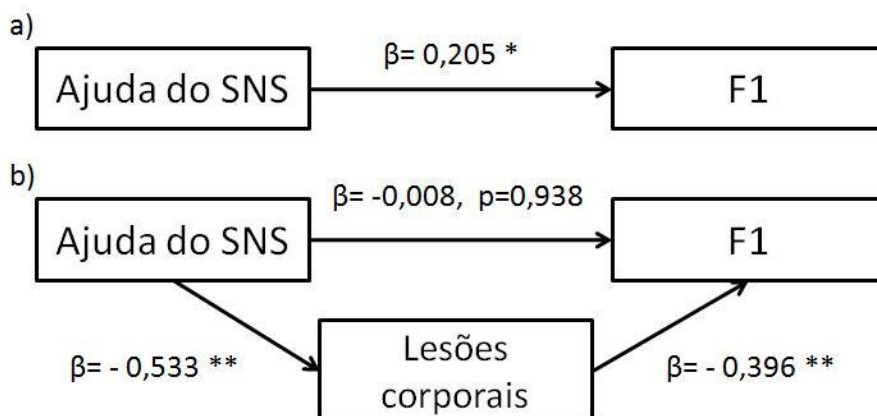


Figura 7 – Verificação do efeito mediador da variável “lesões corporais” no efeito da variável “ajuda do SNS” sobre a “intensidade do stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador” (F1)

a) Acção da “ajuda do SNS” no “stresse social e económico”; b) Acção da “ajuda do SNS” no “stresse social e económico” mediado pela existência de “lesões corporais. (** $p < .001$; * $p < .05$).

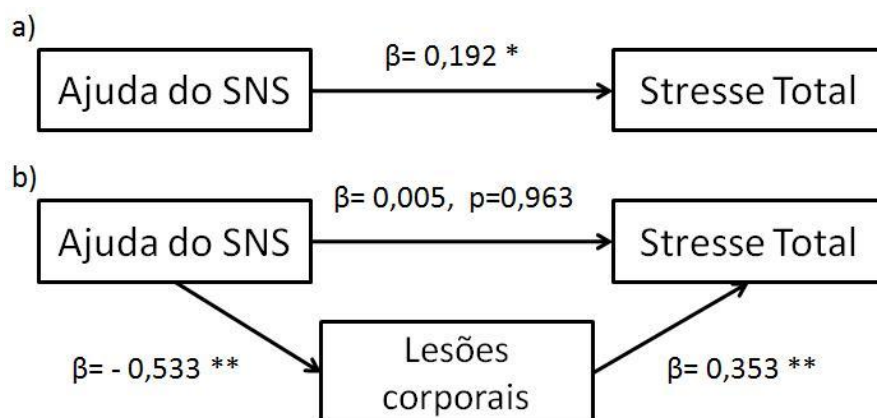


Figura 8 - Verificação do efeito mediador da variável “lesões corporais” no efeito da variável “ajuda do SNS” sobre a “intensidade do stresse total do cuidador”

a) Acção da “ajuda do SNS” no “stresse total”; b) Acção da “ajuda do SNS” no “stresse total” mediado pela existência de “lesões corporais. (** $p < .001$; * $p < .05$).

2.2.2 – Relação entre as estratégias de *coping* e as outras variáveis em estudo

Depois da análise da relação entre a variável *coping* e as outras variáveis, verificou-se que apenas se verifica significância na sua relação com a escolaridade, o rendimento do agregado familiar, o apoio por parte do SNS, as experiências anteriores, as lesões corporais e a dependência do idoso. Neste capítulo serão apenas abordados os resultados significativos que não constem nas hipóteses do estudo, pelo que essas serão abordadas mais tarde.

2.2.2.1 – As estratégias de *coping* e a escolaridade

A análise estatística verificou existir relação entre as estratégias de *coping* utilizadas e a escolaridade dos cuidadores. Quando aplicada a regressão linear para compreender quais as estratégias de *coping* mais relacionadas com a escolaridade verifica-se que são as percepções alternativas sobre a situação ($R^2 = .184$, $p < .001$), seguindo-se as estratégias centradas no meio ($R^2 = .184$, $p < .004$) e as estratégias centradas na partilha do problema ($R^2 = .184$, $p < .015$), tendo sido as restantes variáveis excluídas. Salienta-se então que enquanto as percepções alternativas sobre a situação e as estratégias centradas na partilha do problema estão relacionadas com a baixa escolaridade, as estratégias centradas no meio são as mais utilizadas quando a escolaridade é maior (*vide* quadro 14).

Quadro 14 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a escolaridade

Factores de estratégia de <i>coping</i>	PAS	ECM	ECPP
<i>Beta</i>	-.321	.274	-.223
Sig.	.001	.004	.015

.Regressão linear múltipla (Stepwise)

2.2.2.2 – As estratégias de *coping* e os rendimentos

A análise estatística das estratégias de *coping* com o rendimento do agregado familiar foi apenas estatisticamente significativo para as estratégias centradas no meio (Chi-Square = 10.972, $p = .027$) (*vide* quadro 15).

Quadro 15 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e o rendimento do agregado familiar

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
Chi.Square	1.677	6.184	2.049	6.033	10.972	7.373
Sig.	.795	.186	.727	.197	.027	.117

.Kruskal Wallis

2.2.2.3 – As estratégias de *coping* e a experiência anterior na actividade de cuidar

Analisando esta relação com o teste de Kruskal Wallis verifica-se que as percepções alternativas sobre a situação (Chi-Square = 4.840, $p = .028$) e as estratégias centradas no cuidador (Chi-Square = 3.961, $p = .047$) assumem resultados significativos com a experiência anterior de prestar cuidados informais, pelo que são estratégias mais usadas por quem já teve esta experiência (*vide* quadro 16).

Quadro 16 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a experiência anterior na actividade de cuidar

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
Chi.Square	.746	4.840	.229	3.961	1.869	.067
Sig.	.388	.028	.632	.047	.172	.796

.Kruskal Wallis

2.2.2.4 – As estratégias de *coping* e a existência de lesões corporais no idoso dependente

A existência de lesões corporais no idoso dependente apenas tem relação significativa com as estratégias centradas no cuidador (Chi-Square = 7.619, p.= .006) (*vide* quadro 17).

Quadro 17 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a existência de lesões corporais

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
Chi.Square	.011	.815	.238	7.619	1.426	2.842
Sig.	.918	.367	.626	.006	.232	.092

.Kruskal Wallis

2.2.2.5 – As estratégias de *coping* e a dependência do idoso

Significativa é também a relação entre algumas estratégias de *coping* dos cuidadores e o nível de dependência dos idosos, nomeadamente as estratégias centradas no problema (Chi-Square = 10.243, p.= .037) e as estratégias centradas no meio (Chi-Square = 9.574, p.= .048) (*vide* quadro 18).

Quadro 18 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a dependência do idoso

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
Chi.Square	3.359	6.027	10.243	6.845	9.574	2.130
Sig.	.500	.197	.037	.144	.048	.712

.Kruskal Wallis

2.3 – ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Para a análise dos dados das hipóteses, foi utilizada a regressão linear múltipla pela necessidade de determinar que contribuição as variáveis de *coping* têm na percepção da intensidade do stresse, sendo que a análise do teste R quando com significância inferior a .005 permite rejeitar a hipótese nula de não haver uma regressão linear entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes (Hill & Hill, 2000; Pacheco, 2002).

Para a primeira hipótese sobre o *coping* influenciar negativamente a percepção da intensidade de stresse total no cuidador informal verificou-se que das seis estratégias de estratégias de *coping* apenas as estratégias centradas no cuidador são preditoras da intensidade da percepção de stresse total nos cuidadores ($R^2 = .143$, $p < .000$). Para as estratégias centradas no cuidador o modelo de regressão em estudo explica 14.3% da variância da variável dependente (*vide* quadro 19).

Quadro 19 – Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a intensidade do stresse total do cuidador

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECP
Estratégia	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
<i>Beta</i>	-,022	-,126	-,149	-.378	-,156	-,152
Sig.	.823	.203	.108	.000	.088	.090

.Regressão linear múltipla (Stepwise)

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese nula para a existência de relação entre as estratégias centradas no cuidador e a intensidade do stresse total do cuidador ($\beta = -.378$, $p < .000$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no cuidador influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

No que respeita à relação entre as estratégias de *coping* centradas na prestação de

cuidados e a intensidade de stresse total do cuidador não é rejeitada a hipótese nula ($\beta = -.022$, $p < .823$), uma vez que estas estratégias de *coping* não influenciam negativamente a intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

Na análise entre as estratégias de *coping* relacionadas com as percepções alternativas sobre a situação e a intensidade de stresse total do cuidador é aceite a hipótese nula ($\beta = -.126$, $p < .203$), pelo que a estratégia de *coping* relacionada com as percepções alternativas sobre a situação não influencia negativamente a intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

Também com a análise estatística entre as estratégias centradas no problema e a intensidade de stresse total do cuidador é aceite a hipótese nula ($\beta = -.149$, $p < .108$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no problema não influenciam negativamente a intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

Quanto a existir influência entre as estratégias de *coping* centradas no meio e a intensidade de stresse total do cuidador, é aceite a hipótese nula ($\beta = -.156$, $p < .088$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no meio não influenciam negativamente a intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

Por último, também com a relação estatística entre as estratégias centradas na partilha do problema e a intensidade de stresse total do cuidador não se rejeita a hipótese nula ($\beta = -.152$, $p < .090$), uma vez que não influencia negativamente a intensidade de stresse total no cuidador informal (*vide* quadro 19).

Passando para a segunda hipótese de o *coping* influenciar negativamente a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal, verificou-se que das seis estratégias de estratégias de *coping* apenas as estratégias centradas no cuidador são preditoras da intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador. Para as estratégias centradas no cuidador o modelo de regressão em estudo explica

15% da variância da variável dependente ($R^2 = .150$, $p < .000$) (*vide* quadro 20).

Quadro 20– Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a intensidade do stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
Estratégia	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
<i>Beta</i>	.024	-.037	-.092	- .387	-.112	.094
Sig.	.808	.709	.323	.000	.221	.293

.Regressão linear múltipla (Stepwise)

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese nula para a relação entre as estratégias centradas no cuidador e a intensidade do stresse relacionado com a vida social e económica ($\beta = -.387$, $p < .000$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no cuidador influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

Já com a análise estatística entre as estratégias de *coping* centradas na prestação de cuidados e a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica se aceita a hipótese nula ($\beta = .024$, $p < .808$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas na prestação de cuidados não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

No que respeita à existência de relação estatística entre as percepções alternativas sobre a situação e a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica não se rejeita a hipótese nula ($\beta = -.037$, $p < .709$), uma vez que as percepções alternativas sobre a situação não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

Também na análise estatística entre as estratégias centradas no problema e a intensidade

de stresse relacionado com a vida social e económica se aceita a hipótese nula ($\beta = -.092$, $p < .323$), uma vez que as estratégias centradas no problema não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

Com a relação entre as estratégias de *coping* centradas no meio e a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica é aceite a hipótese nula ($\beta = -.112$, $p < .221$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no meio não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

Por último, na análise estatística entre as estratégias centradas na partilha do problema e a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica não se rejeita a hipótese nula ($\beta = .094$, $p < .293$), uma vez que não influencia negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal (*vide* quadro 20).

Finalmente, analisando a terceira e última hipótese de o *coping* influenciar negativamente a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados, verificou-se que das seis estratégias de *coping* só três se manifestaram predictoras, da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados: as percepções alternativas com a situação ($R^2 = .168$, $p < .012$); as estratégias centradas na partilha do problema ($R^2 = .168$, $p < .011$); e as estratégias centradas no cuidador ($R^2 = .168$, $p < .040$) (*vide* quadro 21).

Quadro 21- Resultados obtidos da análise estatística entre as estratégias de *coping* e a intensidade do stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e prestação de cuidados

	ECPC	PAS	ECP	ECC	ECM	ECPP
Estratégia	“Estratégias centradas na prestação de cuidados”	“Percepções alternativas sobre a situação”	“Estratégias centradas no problema”	“Estratégias centradas no cuidador”	“Estratégias centradas no meio”	“Estratégias centradas na partilha do problema”
<i>Beta</i>	-.027	-.257	-.146	-.205	-.148	.235
Sig.	.798	.012	.137	.040	.118	.011

.Regressão linear múltipla (Stepwise)

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese nula para a relação entre as percepções alternativas sobre a situação e a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados ($\beta = -.257, p < .012$), uma vez que as percepções alternativas sobre a situação influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

Também analisando as estratégias de *coping* centradas no cuidador e a percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados a hipótese nula é rejeitada ($\beta = -.205, p < .040$), uma vez que também há uma influência negativa das estratégias de *coping* centradas no cuidador na percepção da intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

No que respeita à existência de significado estatístico entre as estratégias de *coping* centradas na prestação de cuidados e a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados é aceite a hipótese nula ($\beta = -.027, p < .798$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas na prestação de cuidados não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

Também na análise estatística entre as estratégias centradas no problema e a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados é aceite a hipótese nula ($\beta = -.146, p < .137$), uma vez que as estratégias centradas no problema não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

Já com a relação entre as estratégias de *coping* centradas no meio e a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados não se rejeita a hipótese nula ($\beta = -.148, p < .118$), uma vez que as estratégias de *coping* centradas no meio não influenciam negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador

e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

Por último, analisando as estratégias centradas na partilha do problema e a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados é aceite a hipótese nula ($\beta = .235$, $p < .011$), uma vez que não influencia negativamente a intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados (*vide* quadro 21).

Terminado o trabalho de análise dos dados, essa informação será então agora discutida e fundamentada no subcapítulo seguinte.

2.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação sociodemográfica foi muito ao encontro do esperado em função da literatura existente. No que respeita à idade, Marques (2007) num estudo com cuidadores de doentes com AVC concluiu que 56% dos cuidadores da sua amostra tinham mais de 60 anos de idade, semelhante ao nosso estudo onde verificámos que 46,4% os cuidadores informais tinham mais de 65 anos, pelo que existe uma grande parcela de idosos a cuidar de idosos. Sousa *et al.* (2006) acrescenta que são vários os estudos que apontam para que a parcela superior dos cuidadores se encontre numa idade entre os 45 e os 60 anos, oscilando obviamente a idade do cuidador em função da idade do idoso, dados estes em concordância com os de Figueiredo (2007), Marques (2007), Sequeira (2007) e aos do presente estudo.

Da mesma forma que no presente estudo, em que 87,3% dos cuidadores são mulheres, o sexo do cuidador também é concordante com todos os estudos relacionados, existindo uma clara predominância da mulher como detentora do papel de cuidador informal principal (Sousa *et al.* 2006; Figueiredo, 2007; Marques, 2007; Sequeira, 2007). Barber (1999) referido em Sousa *et al.* (2006), acrescenta contudo, que há cada vez mais homens a assumir a tarefa de cuidador informal principal.

Também em concordância com os autores referidos anteriormente, a grande maioria dos cuidadores são casados.

No que respeita a ajudas por parte de outros, constata-se que quase metade dos cuidadores não tem apoios informais por parte de familiares, amigos ou vizinhos, e apenas pouco menos de um terço da amostra tem apoio de instituições de solidariedade social. Sequeira (2007) refere-se às necessidades de suporte social como fundamentais para o bem-estar e para a promoção da saúde do cuidador informal. Acrescenta ainda que o aumento das exigências no cuidar leva ao aumento do isolamento social e dá nota na inexistência de respostas sociais adequadas e dirigidas a cuidadores.

Cerca de um terço da amostra já teve experiências anteriores na actividade de cuidar de alguém dependente, indo ao encontro de Figueiredo (2007) quando aborda o fenómeno de “cuidador em série”, ou seja, a actividade de cuidar tende a repetir-se na mesma pessoa que foi cuidadora anteriormente.

No que respeita ao tempo de prestação e cuidados ao idoso dependente, o nosso estudo aponta para que 23,6% dos cuidadores exerçam esta actividade há mais de 5 anos. Estes dados são oscilantes nos vários estudos, embora seja concordante que a actividade de cuidar seja em todos uma actividade de longa duração, podendo ultrapassar os 15 anos (Imaginário, 2004; Sousa *et al.* 2006).

No que respeita à análise prévia entre as variáveis, inicialmente começou-se por averiguar que existe uma relação significativa entre a intensidade do stresse nos cuidadores informais e existência de feridas no idoso dependente. Esta relação verificou-se significativa tanto para o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal como para o stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados. Constata-se desta forma que a existência de lesões corporais no idoso dependente se relaciona com o aumento da intensidade do stresse no cuidador, especialmente no que concerne ao stresse relacionado com a

vida social e económica.

Verifica-se, analisando os dados com maior pormenor, que a existência de lesões corporais condiciona a vida social do cuidador informal, a planificação do seu futuro e a sua situação económica, existindo ainda uma relação com a falta de conhecimentos para cuidar, aumentando o esforço na actividade de cuidar. Imaginário (2004) salienta como uma das necessidades prioritárias sentidas pelos cuidadores informais a ajuda por parte de técnicos de saúde pela dificuldade em lidar com situações técnicas, como é o caso de uma ferida corporal, surgindo no seu estudo alusão por parte dos inquiridos ao alívio de ter alguém (enfermagem) que dá apoio na realização dos pensos do seu familiar.

São escassos os estudos directos que relacionem a existência de feridas no stresse do cuidador informal. Gouveia *et al.* (2006) refere que as úlceras de pressão diminuem a qualidade de vida de quem delas sofre e dos seus cuidadores. O nosso estudo verificou que um dos factores propícios a aumentar o stresse é a alteração da vida social, concordando com Moreira (2001) referido por Marques (2007: 170) que aborda o lazer e a actividade social como “*aspectos importantes na manutenção da integridade física e mental do cuidador, evitando a saturação e a exaustão.*” Também Sequeira (2007: 226) referiu as “*restrições sociais*” como uma das principais dificuldades sentidas pelos cuidadores. Hipoteticamente pode-se suspeitar que a existência de lesões numa pessoa dependente aumenta a dependência por parte dos profissionais de saúde em domicílio, o que pode condicionar a vida social do cuidador pela necessidade de permanecer em casa mais tempo esperando a sua chegada. A falta de conhecimentos acerca dos cuidados ao familiar também pode estar relacionada com o stresse pela dependência dos serviços de saúde, como é também aceite por Sequeira (2007) quando se refere às “*exigências do cuidar*”.

Curiosamente, já no que concerne à relação entre o *coping* e a existência de feridas corporais, constatou-se que as estratégias centradas no cuidador (Aceitar a situação tal como ela é; arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão, ...; manter dominados os

sentimentos e emoções) são as únicas que apresentam relação significativa, sendo estas utilizadas aquando da não existência de feridas. Não foram encontrados estudos que fundamentassem esta afirmação, contudo pode significar que uma vez não existindo essas lesões geradoras de stresse como se viu, os esforços de *coping* tendam a se descentrar da excessiva preocupação com a pessoa dependente canalizando-se para o bem-estar do cuidador.

Nas ajudas informais (familiares, amigos ou vizinhos), apenas se verificou relação significativa com o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador, nomeadamente no que respeita à falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar, sendo este stresse tanto maior quando existe o apoio de terceiros. Estes resultados divergem das conclusões de Imaginário (2004) ao afirmar que a falta de um cuidador secundário propicia à sobrecarga. Também Cattani e Girardon-Perlini (2004) referem que os cuidadores primários sofrem mais dificuldades na ausência de cuidadores secundários, nomeadamente no que respeita a quando é necessário ausentar-se para efectuar acções fora de casa.

Existe contudo um quadro possível apontado por Velasquez *et al.* (1998) referidos em Sousa *et al.* (2006), que afirma que quando um cuidador se assume como cuidador, os outros potenciais cuidadores tendem a ausentar-se das responsabilidades, apesar de estarem presentes e darem algum apoio. Pode-se assim suspeitar que a existência de um cuidador secundário poderá gerar no cuidador principal sentimento de desigualdade para com os outros cuidadores, na medida em que ele suporta a maior parte do trabalho e das responsabilidades. Caldas (2003) afirma que a dependência de um idoso na família gera um grande impacto na dinâmica e economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados, impacto esse que poderá causar instabilidade e conflitos familiares. Sousa *et al.* (2006) salienta também que a responsabilidade de prestar cuidados a um familiar se repercute no relacionamento familiar em três campos principais, a relação entre o cuidador e o idoso, entre o cuidador e o seu cônjuge e nas ligações do cuidador filiais, fraternais e extrafamiliares, sendo raro que estas relações não

sejam afectadas, nem que seja pelo facto de muitas vezes a pessoa dependente passar a viver em casa do cuidador. Marques (2007) refere que os conflitos familiares tendem a ser gerados pelos elementos mais próximos da família sem tanta responsabilidade a prestar cuidados.

A relação entre a intensidade do stresse e a existência de ajudas formais (SNS, IPSS ou particulares), não se verificou. De facto, na análise inicial existia relação entre as variáveis stresse e ajuda do SNS, contudo a análise de variáveis mediadoras clarificou que essa relação que estaria a ser mediada pela existência de lesões corporais e não pela presença dos profissionais, necessários para o seu tratamento. Imaginário (2004) acrescenta ainda que o apoio destes profissionais é desejado pelos cuidadores.

Outra análise com significado estatístico foi a adequação das estratégias de *coping* em função da escolaridade dos cuidadores. Nolan, Grant e Keady (1996, 1998) e Ruth e Coleman (1996), ambos referidos por Sequeira (2007), apontam a escolaridade como um dos factores que condiciona as estratégias de *coping* adoptadas. No nosso estudo, as percepções alternativas sobre a situação e as estratégias centradas na partilha do problema são estratégias de *coping* mais utilizadas por cuidadores com mais baixa escolaridade. Já as estratégias centradas no meio são mais utilizadas quando a escolaridade é maior.

As estratégias centradas na partilha do problema (falar dos problemas com alguém e agarrar-se a crenças pessoais e religiosas) e as percepções alternativas sobre a situação (recordar tempos passados, viver um dia de cada vez, pensar que ninguém tem culpa da situação, pensar que há quem esteja pior,...) são estratégias mais conformistas acerca do problema existente. As estratégias centradas no meio (conseguir ajuda da família, modificar as condições da casa, dedicar-se a outros assuntos de interesse ou manter o dependente activo) estão relacionadas com estratégias mais orientadas para lidar com o problema tomando a consciência da sua existência e da sua necessidade de resolução. Em concordância com estas aferições, Marques (2007) afirma que uma maior formação permite desenvolver capacidades práticas, face a situações

constrangedoras, nomeadamente mais conhecimentos e recursos sociais, estando mais aptas a recorrer a ajudas exteriores, e remete-se ainda a Riedel *et al* (1998) que afirma que o aumento da escolaridade concede mais facilidade em manifestar as dificuldades relacionadas com o cuidar, procurar e lidar com os problemas. Ramos (2001) e Sequeira (2007) salientam, contudo, que apesar de estilos de *coping* diferentes uns não são melhores que outros, quando utilizados adequadamente por cada pessoa a cada situação.

No que respeita ao rendimento do agregado familiar, verificou-se que um maior rendimento está relacionado com estratégias centradas no meio. Estas estratégias estão assim relacionadas quer com uma capacidade económica superior, nomeadamente que possibilitam uma maior acessibilidade a recursos dispendiosos, quer com uma maior diversidade de recursos existentes na comunidade por maior actualização da informação, uma vez que um rendimento superior está directamente relacionado com a escolaridade. Esta afirmação vai ao encontro de Lopes (2007) que aponta a falta de divulgação e o excesso e burocracia como factores principais de inacessibilidade, dificultando os processos de ajuda às pessoas menos escolarizadas.

Quem já tem experiência anterior na actividade de cuidar tende a optar por utilizar percepções alternativas sobre a situação, tais como pensar que há sempre quem esteja pior ou aceitar a situação tal como ela é, o que também foi verificado por Brito (2002). Apesar de não serem estratégias orientadas para procurar resolver activamente uma situação mas sim estratégias de evitamento, Ramos (2001) afirma que também podem ser estratégias boas em determinadas situações. Lazarus e Folkman (1984) referidos em Fonseca (2005) complementam que face à complexidade do problema e dificuldade de total resolução este tipo de estratégias de evitamento são mais bem sucedidas por reduzir as expectativas e consequentemente as eventuais frustrações de não de verificar melhoras na resolução do problema. Cooper *et al.* (2008) confirma que as estratégias centradas na emoção tendem a proteger os cuidadores de elevados níveis de ansiedade. Apesar de não terem sido encontrados estudos especificamente sobre a relação entre a

experiência de cuidar e as estratégias de *coping* usadas, torna-se então interessante referir quais as estratégias que são fruto dessa experiência. Pereira (2009) reforça a importância da experiência anterior na actividade de cuidar afirmando que cinco de onze inquiridos, num estudo de cariz qualitativo, tiveram como principal fonte de conhecimento na prevenção de úlceras de pressão essa mesma experiência anterior, enquanto quatro inquiridos afirmaram ter obtido a maior parte da informação por parte de outras pessoas com experiência. A orientação por parte de profissionais apenas surgiu em dois casos. Outro motivo possível para a predominância desta estratégia de stresse, orientada para a emoção, pode-se também prender com o facto de 87.3% da amostra de cuidadores ser constituída por mulheres, situação esta também verificada por Pacheco (2002). A respeito desta situação, Cleto (1998) referido em Pacheco (2002) aborda as evidências de que as pessoas do sexo feminino tendem a desenvolver estratégias de *coping* centradas na emoção, o que poderá estar relacionado com a socialização dos papéis sociais. Acerca deste assunto, Figueiredo (2007) notifica que o cuidar é uma tarefa de longa duração em que a quem já cuidou de alguém tende a cuidar de outra pessoa, fenómeno este designado por “cuidador em série”.

Constatou-se que o nível de dependência do idoso tem relação estatística com as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores na sua actividade, sendo que com o aumento da idade da pessoa dependente sejam mais utilizadas as estratégias centradas no problema e estratégias centradas no meio, tais como procurando soluções para resolver o problema, procurar ajuda na família e modificando as condições da casa. No que respeita a níveis de dependência, Schulz e Quittner (1998) referidos por Figueiredo (2007) salientam que actividades diferentes tendem a ser percebidas de forma diferente pelos cuidadores, isto é, preparar a alimentação para alguém que necessita é visto de forma diferente que ajudar alguém a vestir-se ou a higienizar-se. Juntando a esta afirmação o facto de existir uma sobrecarga e alteração do contexto social do cuidador informal para ser possível prestar cuidados (Imaginário, 2004;

Gonçalves *et al.*, 2006), pode-se ponderar que o aumento da dependência de uma pessoa leva a uma grande necessidade de reorganização da estrutura familiar tanto no que respeita aos conhecimentos de lidar com a situação como no que respeita a toda a logística que isso implica, quer ao nível de gestão das tarefas diárias, quer como de recursos materiais, logística essa que poderá estar nas estratégias centradas no problema e no meio.

Ainda em relação à dependência, o nosso estudo não verificou relação entre o stresse do cuidador e o nível de dependência dos idosos, como de acordo com Brito (2002) e Bocci (2004) que dão antes relevo aos aspectos subjectivos da actividade de cuidar.

Quanto às hipóteses em estudo, verificámos que apenas as estratégias de *coping* centradas no cuidador, onde se enquadra por exemplo a estratégia de manter dominados os sentimentos e emoções, influenciam negativamente a percepção da intensidade de stresse total no cuidador informal, ou seja, quando estas estratégias são percebidas eficazmente geram uma percepção menor da intensidade de stresse total dos cuidadores informais. Já no que respeita às restantes estratégias (estratégias centradas na prestação de cuidados, percepções alternativas sobre a situação, estratégias centradas no problema, estratégias centradas no meio e estratégias centradas na partilha do problema) essa relação estatística não se verifica.

Quanto ao *coping* influenciar o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal, verificou-se que, tal como anteriormente, as estratégias centradas no cuidador quando eficazmente percebidas, geram menor intensidade de stresse relacionado com vida social e económica tendo sido rejeitadas as relações com as outras estratégias de *coping*.

A complexidade da actividade de cuidar de um idoso dependente leva-nos a suspeitar que este tipo de estratégias orientadas para o controle das emoções tendem a gerar menor intensidade de stresse nos cuidadores. Mais uma vez se dá relevo a Lazarus e Folkman (1984) referidos em Fonseca (2005), que dão ênfase às estratégias de evitamento como sendo as mais bem sucedidas em situações de difícil resolução, na medida em que por reduzirem as expectativas também

tendem a evitar as frustrações, afirmação também aceite por Cooper *et al.* (2008). O facto de ser a vida social o principal motivo de stresse onde melhor actua esta estratégia de *coping*, pode-se explicar que quando conformados com as situações difíceis os cuidadores mais facilmente deixam de investir tantos esforços na resolução de uma situação complexa, dedicando-se a outras valências da sua vida social, como já foi apontado em Moreira (2001) referido por Marques (2007) que aborda o lazer e a actividade social como aspectos fundamentais. Já a relação da boa eficácia da actuação desta estratégia de *coping* com o stresse da falta de conhecimentos acerca dos cuidados torna-se mais difícil de explicar, a menos que essa reorganização mental e esse alívio de stresse possibilitem uma melhor concentração na prestação dos cuidados optimizando a aprendizagem e a adaptação na realização das tarefas.

Já no que respeita à relação do *coping* com o stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados, constatou-se que apenas existem dois tipos de estratégias de *coping* que reduzem a intensidade deste stresse. São assim as percepções alternativas sobre a situação e as estratégias centradas no cuidador aquelas que quando percebidas como eficazes jogam para reduzir a intensidade do stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados, mais uma vez estratégias mais orientadas para a emoção e não para a resolução de problemas como afirma anteriormente Lazarus e Folkman (1984) referidos em Fonseca (2005). Pelo contrário, foi também verificado que as estratégias centradas na partilha do problema, nomeadamente o apoio de cariz religioso e de confidentes, quando preferencialmente utilizadas pelos cuidadores geram uma maior intensidade de stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados, o que vai contra os dados apontados por Chang, Noonan e Tennstedt (1998) referidos por Sequeira (2007) onde os níveis de depressão dos cuidadores baixa quando recorrem à fé/religião. Não foram encontrados outros estudos que permitam justificar a relação entre a partilha do problema e o aumento do stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de

cuidados, contudo pode-se suspeitar que se relacione com a vulnerabilidade da exposição social do cuidador.

As restantes estratégias de *coping* (estratégias centradas na prestação de cuidados; estratégias centradas no problema; e estratégias centradas no meio) não se relacionam estatisticamente com alterações na intensidade do stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e prestação de cuidados.

Terminada aqui a discussão dos resultados, segue-se então no próximo capítulo a elaboração das conclusões do estudo assim como as suas implicações.

CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Com a elaboração deste estudo, foram retiradas algumas conclusões pertinentes na matéria dos cuidados informais aos idosos dependentes, em que algumas vieram reforçar os conhecimentos já existentes e outras trazer mais-valias no conhecimento e gerar a necessidade de novas investigações.

Em primeiro lugar devemos salientar a elaboração e validação para a população portuguesa de um instrumento de avaliação da intensidade do stresse nos cuidadores informais, devido à inexistência de um instrumento com estas características, que avalia o stresse numa perspectiva de intensidade de uma forma mais abrangente que os já existentes instrumentos de avaliação da exaustão emocional do cuidador informal. Este instrumento fez sobressair dois factores de stresse distintos: o stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal e o stresse relacionado com a vida familiar do cuidador informal e a prestação de cuidados.

Em segundo lugar, como tem sido apresentado em trabalhos semelhantes, foi caracterizado o perfil da amostra de cuidadores informais e idosos dependentes. Deste modo, podemos dizer que 46,4% dos cuidadores informais do nosso estudo têm mais de 65 anos, pelo que se constata que cerca de metade dos cuidadores informais dos nossos idosos são também idosos. Outra constatação, em concordância com todos os estudos anteriores, prende-se com o facto de quase toda a amostra de cuidadores informais ser constituída por mulheres. Quanto ao estado civil, 85,5% dos cuidadores são casados.

No que respeita a ajudas por parte de outros, quase metade dos cuidadores não tem apoios informais por parte de familiares, amigos ou vizinhos, e apenas pouco menos de um terço da

amostra tem apoio de instituições de solidariedade social. Cerca de um terço da amostra já teve experiências anteriores na actividade de cuidar de alguém dependente e a actividade de cuidar tende a ser uma tarefa de longa duração que pode durar anos.

Do perfil do idoso dependente salienta-se a elevada idade, uma vez que mais de 70% têm idade superior a 80 anos, sendo semelhante a diversidade do sexo ainda que predominem as mulheres. A dependência dos idosos também é elevada, apresentando 71% da amostra um nível de dependência totalmente ou severamente dependente de acordo com a escala de Barthel. Também é interessante verificar que cerca de um terço dos idosos dependentes seleccionados apresenta uma ou mais lesões corporais.

Uma das conclusões de grande interesse foi a constatação de que a existência de lesões corporais no idoso condiciona a vida social do cuidador informal, a planificação do seu futuro e a sua situação económica, existindo ainda uma relação com o sentimento de falta de conhecimento acerca de como lidar com a situação. Esta conclusão demonstra o interesse do trabalho dos profissionais de enfermagem nomeadamente no que respeita à actividade de prevenção e tratamento sempre que necessário, actuando como recursos fundamentais para a gestão de stresse dos cuidadores informais contribuindo para a qualidade de vida deles e dos idosos que recebem o apoio. Será importante em estudos futuros explorar este tema de pesquisa da importância do *coping* e do stresse dos cuidadores na presença de lesões corporais em pessoas dependentes.

Outra constatação foi o facto dos cuidadores informais secundários também constituírem uma fonte de stresse relevante para os cuidadores informais primários. Este facto vai exigir aos profissionais de saúde um olhar mais desperto para estas situações, pouco descritas na literatura, no sentido em averiguar os sentimentos do cuidador acerca dos seus recursos familiares de apoio, funcionando aqui o técnico como mediador e gestor de conflitos. Também esta foi uma conclusão ainda controversa e que merece um investimento futuro, pela importância que têm os cuidadores informais secundários na actividade de cuidar.

Tal como descrito na literatura as pessoas têm diferentes estratégias de *coping* percebidas como eficazes para diferentes situações. Verificou-se que a elevada escolaridade e rendimento estão relacionados com estratégias orientadas para a resolução do problema, enquanto a baixa escolaridade está relacionada com estratégias conformistas e orientadas para a emoção e aceitação e percepções alternativas sobre a situação.

Quem tem maior experiência na actividade de cuidar adopta como mais eficazes as estratégias centradas nas percepções alternativas sobre a situação, nomeadamente a aceitação.

Quando a dependência do idoso aumenta, tendem também a aumentar as estratégias orientadas para as mudanças do meio e centradas no problema, onde se inclui a procura de ajuda, no sentido de adequar a vida do cuidador informal à situação de prestação de cuidados no caminho da adaptação.

Constata-se também que existe de facto relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores e o stresse, ainda que não se verifique relação em todas as estratégias.

As estratégias de *coping* centradas no cuidador são as mais eficazes na gestão da intensidade de stresse total e do stresse relacionado com a vida social e económica do cuidador informal, nomeadamente no que respeita ao stresse relacionado com a vida social e com os conhecimentos acerca de cuidar. Por último, o stresse relacionado com a vida familiar e prestação de cuidados é minimizado quando são utilizadas estratégias centradas no cuidador e nas percepções alternativas sobre a situação e intensificado com as estratégias orientadas para a partilha do problema.

Na generalidade, o stresse do cuidador informal é minimizado com a utilização de estratégias de *coping* orientadas para a emoção e não para a resolução de problemas, como também é descrito por alguns autores, na medida em que ao adequar as expectativas à realidade tendem a ocorrer menos sentimentos de frustração, manifestados no aumento da intensidade do stresse.

Estas conclusões remetem-nos para a importância que têm as estratégias de *coping* na actividade de cuidar e de gerir o stress dos cuidadores, quando poucos são os estudos que fazem este tipo de abordagem. Fica então aqui mais um contributo para este campo de pesquisa, salientando-se a necessidade de em estudos futuros se continuar o investimento nos estudos do stress e do *coping* na actividade do cuidado informal.

Cruzando toda a informação, podemos sugerir para o trabalho com cuidadores informais um modelo misto de gestão de estratégias de *coping*, baseado em dois princípios importantes: primeiro, que as estratégias centradas no meio são consideradas eficazes para os cuidadores de idosos dependentes na medida em que reúne todo um conjunto de recursos existentes na sociedade e no núcleo familiar do utente/família; em segundo, que uma atitude orientada para a aceitação da situação e não para a resolução do problema gera menos sentimentos de stress.

O modelo proposto procura então inicialmente investir alguma energia para orientar o cuidador informal para a procura de estratégias centradas no meio e no problema, disponibilizando o apoio e os recursos necessários para tal, no sentido de preparar todo o ambiente em torno do objectivo da prestação de cuidados, nomeadamente, o ambiente físico e ajudas técnicas, recursos humanos formais e informais de apoio, ensinamentos aos cuidadores e recursos económicos possíveis. Para esta fase, será fundamental utilizar todos os recursos sociais disponíveis, como a família dos utentes, os serviços de saúde, as IPSSs, os serviços de acção social e os serviços municipais. Quando passada esta fase inicial de desorganização e reorganização, será importante orientar o cuidador para uma manutenção da sua actividade numa perspectiva de actividade crónica, ajustando as suas expectativas a metas exequíveis e adaptando-se à situação, utilizando para isso estratégias mais orientadas para o cuidador e para as percepções alternativas sobre a situação.

Conclui-se portanto com este estudo que as estratégias de *coping* têm um papel de grande importância para otimizar o trabalho do cuidador informal na difícil tarefa que é prestar

cuidados a um idoso dependente. Conclui-se ainda que não existem estratégias melhores para ajudar o cuidador mas que a utilização da estratégia correcta na devida altura é importante para gerir intensidade de stresse numa perspectiva de *eustress*.

No que respeita às dificuldades para a realização deste estudo salienta-se a necessidade de se realizar a colheita de dados no domicílio dos utentes/cuidadores, podendo ter sido esta visita sentida como uma invasão da privacidade acrescida da abordagem de um tema delicado que sensibiliza o cuidador informal. Parte da dificuldade esteve relacionada com o estabelecimento inicial de confiança e empatia, uma vez que nem todos os cuidadores conhecerem o investigador, apesar de saberem que iriam ser contactados para o devido efeito. Apesar disto, deve ser referido que uma vez estabelecida confiança e efectuada a colheita de dados, por vezes com desconfiança dos cuidadores, no final da mesma assim como em contactos seguintes, grande parte dos cuidadores afirmaram ter sido importante e benéfico terem durante algum tempo reflectido acerca da actividade de cuidar, optimizado as suas estratégias de coping ou até mesmo adoptando novas. Também a baixa escolaridade e as limitações sensoriais foram factores que obrigaram a uma cuidadosa abordagem no sentido de haver segurança que a resposta fosse efectivamente a resposta à questão. Esta dificuldade foi benéfica para mim enquanto investigador e profissional prestador de cuidados pelo intenso treino e teste às minhas capacidades comunicativas.

Superadas estas dificuldades, consideramos que o modelo proposto de gestão do stresse e das estratégias de *coping* no trabalho do cuidador informal constitui uma peça de grande importância no âmbito da psicologia da saúde, assim como todos os trabalhos científicos nesta área, por surgir numa sociedade em que a população está cada vez mais envelhecida e que a presença com segurança dos cuidadores informais será um elemento chave na organização social e política na área da saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, E. & Ramos, S. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal*. Recuperado em 12 de Fevereiro, 2008, www.psicologia.com.pt.
- Almeida, L. M. (2004). Envelhecimento e saúde pública: a promoção do “envelhecer activo”. *Anamnesis*, 13 (126), 34-38.
- Amaral, M. & Vicente, M. (2000, Julho-Dezembro). Grau de dependência do idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Psicologia, Saúde dos idosos*, 18 (2), 23-31.
- ARSA, Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. (2009), *Lista Actualizada da RNCCI do Algarve*. Portugal, recuperado em 21 de Janeiro de 2009 e actualizado em 19 de Janeiro de 2009, www.arsalgarve.min-saude.pt
- Barros, J. (2008a), *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, Porto, Livpsic.
- Barros, J. (2008b), *Psicologia do Idoso: temas complementares*, Porto, Livpsic.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995), *Pessoas Idosas: uma abordagem global*, Lisboa, Lusodidacta.
- Bocchi, S. (2004, Janeiro-Fevereiro). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral: uma análise de conhecimento. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 12 (1), 115-21.
- Boeckel, M.; Sarriera, J. (2005, Janeiro-Junho), Análise fatorial do questionário de estilos parentais (PAQ) em uma amostra de adultos jovens universitários, *Rev. Psico-USF*, 10 (1), pp. 1-9.
- Brennand, E. G. & Vasconcelos, G. C. (2005). O Conceito de potencial múltiplo da inteligência de Howard Gardner para pensar dispositivos pedagógicos multimidiáticos. *Ciências*

- & *Cognição*, Ano 02, Vol 05. Recuperado em 03 de Janeiro, 2009, em www.cienciasecognicao.org
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Coimbra: Quarteto.
- Caldas, C. (2003, Maio-Junho). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3), 773-781
- Camara Municipal de Faro [CMF] (2005). Demografia. *Site Oficial da Câmara Municipal de Faro*. Portugal, Recuperado em 21 de Janeiro, 2009, www.cm-faro.pt.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Cattani, R. & Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista eletrônica de enfermagem*, 6 (2). Recuperado em 11 de Janeiro, 2008, www.fen.ufg.br/pdf.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2º ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Colliére, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*, Loures: Lusociência.
- Cooper, C. *et al.* (2008, Setembro). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 23 (9), 929-936.
- Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República I Série – A, nº 106, 6 de Junho de 2006, p. 3856
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Portugal. Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/2004: Ministério da Saúde
- Ferreira, I. M. C. (1993). Importância do *coping* no rendimento escolar. *Psiquiatria clínica*, 14 (3), 187-195.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa: Climepsi Editores.

- Floriani, C. (2004). *Cuidador do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética*. Dissertação de Mestrado em ciências na área da saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e desenvolvimento*, Lisboa: Climepsi editores.
- Franzblau, A. (1958), *A Primer of Statistics for Non-Statisticians*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Gil, A. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*, São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gonçalves, L. *et al.* (2006, Outubro-Dezembro). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (4), 570-7.
- Goossens, P. *et al.* (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (4), 303-316.
- Gouveia, J. *et al.* (2006), *Ensaio clínico: prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos*, Parceria Forumenfermagem/GAIF. Recuperado em 5 de Junho, 2009, www.gaif.net.
- Grassi-Oliveira, R.; Filho, L. & Brietzke, E. (2008, Julho-Setembro). Coping como função executiva, *Rev. Psico*, 39 (3), pp.275-281
- Hammerschmidt, K.; Zagonel, I.; Lenardt, M. (2007). A critical analysis of gerontological nursing practice guided by leininger's theory of culture care diversity and University. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 362-367.
- Hill, M.; Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*, Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*, Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*, Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE] (2007, Setembro 27). Destaque: informação à

- comunicação social. Portugal, Recuperado em 12 de Fevereiro, 2008, www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE] (2008, Outubro 14). Dados demográficos. Portugal, Recuperado em 21 de Janeiro, 2009, www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE] (2009, Janeiro 22). Estimativas de população residente (provisórias) por sexo e grupos etários. Portugal, Cedido por e-mail em 22 de Janeiro, 2009, www.ine.pt.
- Jesus, S. (1996): *Motivação para a profissão docente*, Aveiro: Estante.
- Karsch, U. (2003, Maio-Junho). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de saúde pública*, 19 (3), 861-866.
- Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação de Mestrado em Ciências, área da fisiopatologia experimental, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo.
- Lopes, L. (2007, Janeiro-Junho). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46
- Machado, A.; Freitas, C. & Jorge, M. (2007, Setembro-Outubro). O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (5), 530-534.
- MacKinnon, D. *et al.* (2000), Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect, *Rev. Prevention Science*, 1 (4), pp. 173-181.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*, Coimbra: Formasau.
- Martin, I. *et al.* (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 3-9.
- Nolan, M. *et al.* (1996), *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*, Buckingham: Open University Press.

- Okabayashi, H. *et al.* (2008). A longitudinal estudy of *coping* and burnout among japanese family caregivers of frail elders. *Aging & Mental Health*, 12 (4), 434-443.
- Pacheco, J. (2002). *Stress e coping nos estudantes do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Escola Superior de Educação, Faro: Universidade do Algarve.
- Pacheco, J. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.
- Pacheco, J.; Murcho, N. & Jesus, S. (2005), Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona, *in A Prevenção das Toxicodependências no Ensino Superior/La Prevención de Drogodependências en la Educación Superior*. Instituto Politécnico de Beja, Universidad de Huelva e Universidade do Algarve (eds.), pp. 135-140
- Paúl, C. & Fonseca, A., coord. (2005). *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi editores.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*, Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, A. (2006), SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para as ciências sociais e psicologia (6º. ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pereira, V. (2009). Cuidado essencial humano: cuidadores não profissionais de saúde diante da prevenção da úlcera de pressão em indivíduos com câncer avançado. *Biblioteca Universia*. [s.l.], Recuperado em 05 de Junho, 2009, <http://biblioteca.universia.net>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000), *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Petronilho, F. (2006). *Preparação do regresso a casa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, M. (2001), *Desfiar o desafio: prevenção do stresse no trabalho*, Lisboa, Editora RH.

- Ramos, S. & Carvalho, A. (2007). *Nível de stresse e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano universitário de Coimbra*. Recuperado em 14 de Março, 2009, www.psicologia.com.pt.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*, Nova Iorque, McGraw-Hill.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Serra, A.V. (1999), *O stress na vida de todos os dias*, Coimbra, Edição do Autor.
- Simonetti, J. & Ferreira, J. (2008). Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42 (1), 19-25
- Sisto, F. & Pacheco, L. (2002, Julho-Dezembro), *Psicologia em Estudo*, Maringá, 7 (2) pp. 83-90.
- Sisto, F. *et al.* (2008), Estudo para a construção de uma escala de satisfação académica para universitários, *Rev. Avaliação Psicológica*, 7 (1), pp. 45-55
- Sousa, L. *et al.* (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*, Porto: Ambar.
- Tomaz, R. (2008). *Personalidade e Coping em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade*. Dissertação de Mestrado em psicologia, Pró - Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia: Universidade Católica de Goiás.
- Vasconcelos, P. (2005), *Redes Sociais de Apoio*, in K. Wall (coord.), *Famílias em Portugal. Percursos, interações, relações sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais
- Vilaça, C. *et al.* (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de académicos de enfermagem. *Revista eletrônica de enfermagem*, 7 (02). Recuperado em 11 de Janeiro, 2008, www.fen.ufg.br.

ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização para obtenção de dados

Exm^o. RESPONSÁVEL
PELA INSTITUIÇÃO

Faro, 01 de Setembro de 2008

Assunto: Pedido de autorização

Chamo-me Bruno Miguel Parrinha Rocha, residente na Urbanização Quinta do Infante nº5 3^oesq. 8000-107 FARO, contacto telefónico 96 5243311, exercendo funções como enfermeiro prestador de cuidados no Centro de Saúde de Faro na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a frequentar o Mestrado em Psicologia na área de Especialização em Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve. Encontro-me neste momento a realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado de título: “Stresse e *coping* do cuidador informal do idoso em situação de dependência”.

Com desta investigação pretende-se estudar a relação entre o stresse e do *coping* no cuidador informal de idosos em situação de dependência, no sentido de otimizar o trabalho dos profissionais de saúde que interagem com esta população específica, directa ou indirectamente em contexto domiciliário, no sentido de se obter ganhos ao nível da saúde física e mental dos cuidadores e consequentemente dos idosos que recebem o apoio.

Para tal, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a colaboração no sentido de disponibilizar dados relativamente aos cuidadores que cumpram os critérios necessários ao estudo, apoiados pela vossa organização, no sentido de os integrar na realização do mesmo.

Mais informo que todos os dados relativos aos cuidadores serão trabalhados de uma forma confidencial e mediante autorização individual por parte dos mesmos para a participação no estudo.

Junto anexo os instrumentos que serão utilizados para a colheita de dados junto dos utentes cuja realização será efectuada por um profissional de saúde da área da enfermagem.

Grato pela atenção dispensada, aguardo parecer do pedido solicitado.

Com os melhores cumprimentos

Bruno Rocha

Anexo II
Formulário de colheita de dados

Caro cuidador(a):

O meu nome é Bruno Miguel Parrinha Rocha, enfermeiro prestador de cuidados a exercer funções no Centro de Saúde de Faro na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, na Universidade do Algarve, estando a realizar a dissertação sobre o tema: “Stresse e *coping* do cuidador informal do idoso em situação de dependência”.

Ao responder a este questionário está a contribuir para otimizar o trabalho dos profissionais de saúde que interagem com esta população específica, directa ou indirectamente em contexto domiciliário, no sentido de se obter ganhos ao nível da saúde física e mental dos cuidadores e consequentemente dos idosos que recebem o apoio.

É assegurado neste estudo o sigilo e confidencialidade dos dados recolhidos.

Se foi informado dos objectivos do estudo e aceita participar no mesmo, coloque a sua assinatura no espaço que se segue:

Aceito participar no estudo _____

Leia com máxima atenção as as perguntas que lhe serão colocadas, assim como as suas instruções de realização.

Grato pela Sua atenção e colaboração

Bruno Miguel Parrinha Rocha

Parte I
Dados sociodemográficos do cuidador

Assinale apenas uma opção com uma cruz “X” nos quadrados ; ou preencha os espaços: “**preencher**”

1 – Idade: _____

2 – Sexo: M F

3 – Estado Civil: Casado(a) União de facto Solteiro(a) Divorciado(a)/Separado(a)
Viuvo(a)

4 – Escolaridade: _____

5 – Rendimento agregado familiar:

Até 300 €	<input type="checkbox"/>
300 € – 600 €	<input type="checkbox"/>
600 € – 1000 €	<input type="checkbox"/>
1000 € – 2000 €	<input type="checkbox"/>
Mais de 2000 €	<input type="checkbox"/>

6 – Reside em:

Zona Rural	<input type="checkbox"/>
Zona Urbana	<input type="checkbox"/>

7 – À quanto tempo cuida do(a) idoso(a): _____

8 – Tem a ajuda de familiares/amigos/vizinhos: Não
Sim

9 – Tem ajuda de empregado(a) particular:

Não
Sim , Quantas **Horas** por dia? _____ Quantos dias na
semana? _____

10 – Tem ajuda do Sistema Nacional de Saúde (Centro de Saúde ou Hospital):

Não
Sim , Quantas **Veze**s por dia? _____ Quantos dias na
semana? _____

11 – Tem ajuda de Instituições Particulares (IPSS ou outras):

Não
Sim , Quantas **Veze**s por dia? _____ Quantos dias na
semana? _____

12 – Na sua vida já experienciou situações semelhantes? Não
Sim

Parte II

Instrumento de avaliação do stresse do cuidador informal do idoso dependente

Adaptado de Eusébio Pacheco (2002)

Coloque uma cruz (X) numa escala que vai de 1 a 6.

1 – Indique o seu nível de stresse

a) em termos de grau .	1	2	3	4	5	6
b) em termos de frequência	1	2	3	4	5	6

2 – Em que **grau** cada um dos factores lhe provocam stresse?

a) As relações com a sua família	1	2	3	4	5	6
b) As relações com os técnicos de saúde	1	2	3	4	5	6
c) A sua vida social	1	2	3	4	5	6
d) O esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar	1	2	3	4	5	6
e) O tempo que gasta a tomar conta do seu familiar	1	2	3	4	5	6
f) Planear o seu futuro	1	2	3	4	5	6
g) A sua situação económica	1	2	3	4	5	6
h) A sua privacidade	1	2	3	4	5	6
i) A falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar	1	2	3	4	5	6
j) As atitudes do seu familiar	1	2	3	4	5	6

3 – Com que **frequência** cada um dos factores lhe provoca *stresse*?

a) As relações com a sua família	1	2	3	4	5	6
b) As relações com os técnicos de saúde	1	2	3	4	5	6
c) A sua vida social	1	2	3	4	5	6
d) O esforço físico/emocional de tomar conta do seu familiar	1	2	3	4	5	6
e) O tempo que gasta a tomar conta do seu familiar	1	2	3	4	5	6
f) Planear o seu futuro	1	2	3	4	5	6
g) A sua situação económica	1	2	3	4	5	6
h) A sua privacidade	1	2	3	4	5	6
i) A falta de conhecimento acerca dos cuidados ao seu familiar	1	2	3	4	5	6
j) As atitudes do seu familiar	1	2	3	4	5	6

Parte III

Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Sequeira 2007)

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI Abreviado é uma lista de 26 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

N.º	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao lidar desta pessoa é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que...		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo.				
2	Falar dos meus problemas com alguém que confio.				
3	Reservar algum tempo livre para mim próprio.				
4	Planear com antecedência e assim estar preparado.				
5	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu.				
6	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa.				
7	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.				
8	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa.				
9	Viver um dia de cada vez.				
10	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder.				
11	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível.				
12	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas.				
13	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde / sociais.				
14	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução.				
15	Aceitar a situação tal como ela é.				
16	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão,...				
17	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.				
18	Agarrar-me a fortes crenças pessoais e religiosas.				
19	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação.				
20	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				

21	Confiar na minha própria experiência e na minha competência.				
22	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
23	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes.				
24	Procurar ver o que há de positivo em cada situação.				
N.º	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao lidar desta maneira...	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que...		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
25	Pensar que ninguém tem culpa da situação.				
26	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além do cuidar.				

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

N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO	Faço assim e acho que...		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

Instrumento de avaliação pelo profissional de saúde

1 – O cuidador necessitou de colaboração para a colheita de dados? Sim Não

2 – Idade do idoso: _____

3 – Sexo do idoso: _____

4 – Apresenta lesões corporais? Sim Não

5 – Índice de Barthel

Ítem	ABVD (Actividades básicas de vida diária)	Cotação
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc..)	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo.)	5
	Dependente	0
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.)	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se, e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	Dependente	0
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas, fá-lo sozinho)	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas)	5
	Incontinente fecal	0
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	Incontinente vesical ou algaliado	0
Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	Dependente	0
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de ajuda para a transferência)	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas, etc.)	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5
	Dependente	0

