

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**SUPORTE SOCIAL E COPING NOS CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES**

Dissertação para obtenção do grau de mestre em psicologia, área de
especialização em psicologia da saúde

MARIA JOSÉ BRITO NUNES MESTRE

FARO
2010

NOME: Maria José Brito Nunes Mestre

DEPARTAMENTO: Psicologia

ORIENTADOR: Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja

DATA: 29 de Janeiro de 2010

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:
Suporte Social e Coping nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes

JÚRI:

Presidente – Doutor **Saul Neves de Jesus**, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

Vogais – Doutora **Maria Eugénia Loureiro Polónio Pereira Duarte Silva**, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa;

– Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja

**Dedico este trabalho ao meu filho, por ser a
minha grande força e completar a minha
vida e à minha mãe por ser uma eterna
cuidadora...**

Resumo

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio aos idosos constitui-se como uma das áreas prioritárias nas políticas sociais dos países desenvolvidos. Apesar das alterações estruturais e funcionais que a família tem sofrido nos últimos anos, nomeadamente a existência de famílias pouco numerosas e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, continua a verificar-se que são, na maioria dos casos, os familiares directos que apoiam estes idosos, assumindo desta forma o papel de cuidadores informais.

Assim, na maioria das vezes, o assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a conflitos que facilmente podem comprometer o bem-estar do cuidador e consequentemente o bem-estar da pessoa que é cuidada.

É objectivo deste estudo compreender, identificar e relacionar factores que estão envolvidos na prestação de cuidados e que se associam com a sobrecarga e com a satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes.

Para consecução destes objectivos definiu-se um estudo descritivo, correlacional e transversal. Participaram no estudo 56 cuidadores informais (41 mulheres e 15 homens), e através de uma entrevista estruturada aplicou-se um questionário para recolha de informação sócio-demográfica e de contexto, e três instrumentos para avaliação de: satisfação com o suporte social – ESSS; estratégias de coping – CAMI; e sobrecarga física, emocional e social – QASCI.

Os resultados sugerem que os cuidadores apresentam níveis médios de sobrecarga, estão satisfeitos com o suporte social que recebem, estão satisfeitos com os cuidados prestados ao familiar. Uma boa percepção de suporte social e a adopção de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor sobrecarga e a uma maior satisfação com os cuidados prestados. Mais dificuldades associam-se a mais sobrecarga. Sobrecarga e satisfação surgem associadas com cargas opostas.

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, requer por parte dos profissionais uma atenção particular, uma vez que deles dependem os idosos de que cuidam e a sua permanência na comunidade.

Palavras-chave: Cuidadores informais, suporte social, coping, sobrecarga, promoção da saúde

Abstract

In a more and more aged society, the increase of the necessity of support to the elderly consists as one of the priority areas in social politics of the developed countries. Although the structural and functional alterations that the family has suffered in recent years, foremost to the existence of little large families and the increasing participation of the women in the work market, we continue to see that in the majority of the cases, the direct family members are the ones that support the elderly, assuming in such a way the role of informal caregivers.

Thus, most of the time, assuming the role of the informal caregiver has repercussions to the level of personal, family, work and social life of the informal caregiver, making them become more vulnerable to conflicts that easily can compromise the well-being of the caregiver and consequently the well-being of the person who is being taken care of. The objective of this study is to understand, to identify and to relate the factors that are involved in the giving of the care and what they associate with the burden and the satisfaction of the informal caregivers of elderly dependents.

For achievement of these objectives a descriptive, correlational and transversal study was defined. Fifty six informal caregivers participated in the study (41 women and 15 men), and through a structured interview in which a questionnaire was used to collect socio-demographic information and context, and three instruments for evaluation of: satisfaction with social support - ESSS; strategies of coping - CAMI; and physical, emotional and social burden - QASCI.

The results suggest that the caregivers show average levels of burden, are satisfied with the social support that they receive, are satisfied with the care given to the family member. A good perception of social support and the adoption of efficient strategies of coping is associated with a smaller burden and a bigger satisfaction with the given care. More difficulties are associated with more burden. Burden and satisfaction appear to correlate with opposing loads.

The well-being of the informal caregiver and their promotion, as well as the prevention of extreme situations, require on the part of the professionals a particular attention, since the elderly depend on the care given by them, and their permanence in the community.

Key words: informal caregivers; social support; coping; burden, health promotion

Agradecimentos

É com bastante gosto que desejo agradecer a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar, o meu sincero agradecimento à Prof. Doutora Maria Cristina Faria, docente da Escola Superior de Educação de Beja, pela sua orientação, pelas dicas, pelo seu apoio e incentivo ao longo deste percurso.

Ao Mestre Cesário Almeida, docente da Escola Superior de Educação de Beja, o meu muito obrigado, pela sua simpatia, disponibilidade e grande ajuda na construção da base de dados e na análise estatística dos dados.

À Dr.^a Luísa Brito, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, o meu agradecimento pela amabilidade em disponibilizar um dos instrumentos de investigação e alguma bibliografia indispensável neste estudo.

À Enf.^a Helena Serrano, do Hospital de Beja, que tive o prazer de conhecer nestas andanças, o meu bem-haja pela partilha de ideias e experiências.

Aos cuidadores dos utentes do apoio domiciliário, que gentilmente participaram neste estudo e partilharam comigo um pouco da sua vida, o meu sincero agradecimento. Sem eles nada teria sido possível.

À minha Directora Técnica, colega e amiga Cidália o meu agradecimento pela amizade, compreensão e incentivo.

À minha colega e amiga Lurdes o meu obrigado, pela amizade e incentivo.

À minha irmã o meu sincero agradecimento por toda ajuda, pela força que me transmite e pelo incentivo nas horas de maior desânimo.

À Inês e ao Gonçalo, por simplesmente existirem na minha vida.

Aos meus pais o meu sincero bem-haja, pela enorme ajuda e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Especialmente à minha mãe, uma eterna cuidadora, o meu enorme reconhecimento e a minha profunda gratidão.

Ao Zé, companheiro de todas as horas, pela partilha da vida, pela ajuda, paciência e compreensão pelas horas ausentes.

E, por fim, mas sempre em primeiro lugar no meu coração, ao meu filho Henrique. A mãe irá compensar todos aqueles momentos em que não estivemos juntos...

A todos o meu muito obrigado!

“Só quando tomamos consciência do nosso papel, por mais pequeno que ele seja, é que podemos ser felizes, viver e morrer em paz porque o que dá sentido à vida dá sentido à morte.”

Le Petit Prince – Saint Exupéry

Abreviaturas e Siglas

CAMI – Carer’s assesment of managing index

DP – Desvio-padrão

ESSS – Escala de satisfação com o suporte social

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

QASCI – Questionário de avaliação de sobrecarga para cuidadores informais

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Índice Geral

	Pág.
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
I – ENVELHECIMENTO	18
1. Envelhecimento – perspectiva global	18
1.1. Envelhecimento demográfico – o contexto português	19
1.2. Conceitos de velhice e envelhecimento	21
2. Envelhecimento produtivo	24
3. Envelhecimento e dependência	27
II – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS AO IDOSO DEPENDENTE	29
4. O contexto da prestação de cuidados informais ao idoso dependente	29
4.1. O cuidador informal	31
5. Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores	34
5.1. Factores que influenciam a sobrecarga dos cuidadores	37
III – STRESS, COPING E SUPORTE SOCIAL NOS CUIDADORES INFORMAIS	40
6. Considerações gerais sobre o stress e o coping	40
6.1. As estratégias de coping nos cuidadores informais	42
7. Considerações gerais sobre o suporte social	44
7.1. Suporte social e os cuidadores informais	47
IV – PSICOLOGIA DA SAÚDE E CUIDADORES INFORMAIS	49
8. Contributos da Psicologia da saúde para a promoção da saúde dos cuidadores informais	49
8.1. A emergência da Psicologia da saúde	49
8.2. A promoção da saúde dos cuidadores informais	52
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
V – OBJECTO DE ESTUDO	58
9. Da problemática às questões de investigação	58
9.1. Objectivos de estudo	60
10. Modelo Racional teórico	61
10.1. Hipóteses de estudo	62
VI – METODOLOGIA	64
11. Tipo de estudo	64
12. População e amostra	64

13. Instrumentos de colheita de dados	65
14. Pré-teste	71
15. Procedimentos de colheita de dados	72
16. Tratamento dos dados	72
VII – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	74
17. Caracterização dos cuidadores informais e do contexto	74
17.1. Características sócio-demográficas	74
17.2. Características do contexto da prestação de cuidados	76
18. Dificuldades percebidas pelos cuidadores	80
19. Satisfação com o suporte social	85
20. Estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores	86
21. Sobrecarga dos cuidadores	95
22. Satisfação com os cuidados prestados	102
23. Relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/satisfação	104
VIII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	108
IX – CONCLUSÕES	128
X – PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS CUIDADORES INFORMAIS – - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
ANEXOS	141
ANEXO 1 – Questionário	142

Índice de Quadros

	Pag.
Quadro n.º1 – Consistência interna da ESSS	68
Quadro n.º 2 – Categorias propostas pelos autores para o CAMI	68
Quadro n.º 3 – Dimensões propostas pelos autores para o QASCI	69
Quadro n.º 4 – Consistência interna do QASCI	71
Quadro n.º 5 – Características sócio-demográficas dos cuidadores informais	75
Quadro n.º 6 – Distribuição da amostra, segundo o grau de parentesco e sexo	77
Quadro n.º 7 – Apoio familiar e apoio profissional	79
Quadro n.º 8 – Correlação entre idade e o número de dificuldades Percepcionadas	84
Quadro n.º 9 – Diferença nas médias das dificuldades percepcionadas, segundo a actividade profissional	84
Quadro n.º 10 – Média, desvio-padrão, amplitude e score médio das diferentes sub-escalas da ESSS	85
Quadro n.º 11 – Média, desvio-padrão, média ponderada do CAMI e categorias	87
Quadro n.º 12 – CAMI – valores apresentados pelos cuidadores em cada item	88
Quadro n.º 13 – Diferença nas médias obtidas por item, segundo o género	91
Quadro n.º 14 – Diferença nas médias obtidas por item, segundo o grupo etário	91
Quadro n.º 15 – Diferença nas médias obtidas por item, segundo o grupo etário	93
Quadro n.º 16 – Média, desvio-padrão, amplitude e score médio do QASCI e dimensões	96
Quadro n.º 17 – Diferença nas médias do QASCI total e das suas dimensões, segundo o género	97
Quadro n.º 18 – Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o grupo etário	97
Quadro n.º 19 – Teste Post-Hoc (Tukey) para as variáveis PMEC e SPF	98
Quadro n.º 20 – Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo a situação profissional	99
Quadro n.º 21 – Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo a duração da prestação de cuidados	100
Quadro n.º 22 – Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o apoio familiar	101
Quadro n.º 23 – Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o apoio profissional	102

Quadro n.º 24 – Diferença nas médias na satisfação com os cuidados prestados, segundo o apoio da família	103
Quadro n.º 25 – Diferença nas médias na satisfação com os cuidados prestados, segundo o apoio profissional	104
Quadro 26 – Correlações entre QASCI, dificuldades, satisfação e ESSS e CAMI	106
Quadro n.º 27 – Correlação de spearman entre a ESSS (total e sub-escalas) e o CAMI (total e categorias)	107

Índice de Figuras/Gráficos	Pag.
Figura 1 – Modelo racional teórico sobre os factores que influenciam a sobrecarga do cuidador e a satisfação com os cuidados prestados	61
Gráfico n.º 1 – Relação de parentesco do cuidador com a pessoa cuidada	77
Gráfico n.º 2 – Tempo de duração dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa cuidada	78
Gráfico n.º 3 – Coabitação do cuidador com a pessoa cuidada	79
Gráfico n.º 4 – N.º de dificuldades percebidas pelos cuidadores ao cuidarem os seus familiares idosos	80
Gráfico n.º 5 – Tipo de dificuldades percebidas pelos cuidadores	82
Gráfico n.º 6 – Dificuldades percebidas, segundo o género	83
Gráfico n.º 7 – Dificuldades percebidas, segundo o grupo etário	83
Gráfico n.º 8 – Satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados	103

INTRODUÇÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da necessidade de apoio aos idosos constitui-se como uma das áreas prioritárias nas políticas sociais dos países desenvolvidos.

Os progressos tecnológicos da medicina e, de uma forma geral, a melhoria das condições sócio-económicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa uma prevalência das doenças crónicas e de dependência nas actividades da vida diária, principalmente nos idosos, tornando real a necessidade de apoio familiar, social e de saúde.

Apesar das alterações estruturais e funcionais que a família tem sofrido nos últimos anos, nomeadamente a existência de famílias pouco numerosas e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, continua a verificar-se que são, na maioria dos casos, os familiares directos que apoiam estes idosos, assumindo desta forma o papel de cuidadores informais.

Cuidar de uma pessoa dependente afecta o cuidador e os restantes membros da família, tendo esta a necessidade de reorganizar a esfera profissional e familiar, passando a ter menos tempo para si e para os outros, eventualmente com perda de emprego, vendo-se privado do seu descanso, das actividades sociais e de lazer e deparando-se por vezes com problemas relacionais e de saúde (Silva, 2006). Assim, na maioria das vezes, o assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a conflitos que facilmente podem comprometer o bem-estar do cuidador e consequentemente o bem-estar da pessoa que é cuidada.

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os idosos de que cuidam e a sua permanência na comunidade.

Estudos realizados no âmbito desta problemática têm revelado o quanto é precária a saúde dos cuidadores, principalmente ao nível da saúde mental, com a prevalência de quadros depressivos. No entanto, também se sabe que a situação de cuidar exerce diferentes impactos sobre os cuidadores, isto porque apesar do bem-estar de alguns ser desfavoravelmente afectado, outros parecem conseguir minimizar ou

mesmo evitar esses danos e perceber satisfação com o cuidar. Neste contexto, consideramos premente aumentar o conhecimento sobre quais os factores que estão envolvidos na prestação de cuidados a idosos e que exercem influência na percepção de sobrecarga e na satisfação dos cuidadores relativamente ao papel que desempenham, por forma a serem identificadas necessidades, prioridades e também formas de intervenção que promovam a saúde e a qualidade de vida destes, o que decerto se irá reflectir no bem-estar daqueles que são alvo de cuidados.

Face a estas considerações foi propósito deste estudo compreender, identificar e relacionar factores que estão envolvidos na prestação de cuidados e que se associam com a sobrecarga e com a satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes. Assim, para a realização deste trabalho delineou-se um estudo descritivo-correlacional e transversal, para o qual se definiram os seguintes objectivos:

- Identificar características sócio-demográficas dos cuidadores informais;
- Conhecer características do contexto da prestação de cuidados;
- Conhecer as principais dificuldades percebidas pelos cuidadores relativamente à prestação de cuidados ao idoso dependente e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Avaliar a satisfação dos cuidadores em relação ao suporte social e proceder a comparações segundo o género e a idade;
- Identificar as estratégias de coping utilizadas e consideradas eficazes pelos cuidadores e proceder a comparações segundo o género e a idade;
- Avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Avaliar o grau de satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Analisar a relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/satisfação.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se uma contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual promotor de um maior conhecimento do tema, organizando-se a sua apresentação em quatro capítulos. No primeiro capítulo é abordada a questão do envelhecimento; no segundo, foca-se a prestação de cuidados informais ao idoso

dependente; o terceiro capítulo aborda os temas de stress, coping e suporte social nos cuidadores informais; e, por último, no quarto são abordados os contributos da psicologia da saúde para a promoção da saúde dos cuidadores informais. Na segunda parte deste trabalho aborda-se o processo de investigação levado a cabo, organizando-se a sua apresentação por 6 capítulos. Assim, o primeiro capítulo contempla a problemática da investigação, os objectivos, o modelo racional teórico e as hipóteses em estudo; segue-se um capítulo onde são abordadas as questões metodológicas que permitiram o desenvolvimento da investigação; no capítulo sétimo procede-se à apresentação e análise dos dados obtidos; no capítulo oitavo é feita a discussão dos resultados; no capítulo nono apresentam-se as conclusões; no capítulo décimo apresenta-se uma proposta de intervenção e, por fim, as considerações finais do estudo.

Parte I - Enquadramento Teórico

I - ENVELHECIMENTO

1. Envelhecimento – Perspectiva geral

O envelhecimento da população é uma realidade actual de muitos países e Portugal não é excepção.

Os progressos das ciências, em particular da medicina, e a melhoria das condições sócio-económicas contribuíram, de forma notória, para o aumento da longevidade da população. Acrescentando a este facto uma baixa taxa de natalidade, surge-nos um quadro onde o número de idosos é cada vez mais relevante, na nossa sociedade.

De uma forma genérica, o envelhecimento surge associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital e que são específicas de cada indivíduo. Desta forma, torna-se difícil delimitar o período a partir do qual se considera o ser humano como idoso. Contudo, é habitualmente a idade cronológica que surge como um marco e uma forma de identificar os idosos, sendo prática comum considerar que uma pessoa é idosa se tiver idade igual ou superior a 65 anos.

Apesar de vulgarmente utilizado, o critério da idade (65 anos) não é, segundo Paúl (2005), um indicador rigoroso para assinalar o início da velhice, pelo que se deve considerar a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

Importa também referir que ninguém fica “idoso” de um momento para o outro e ninguém envelhece de uma determinada maneira ou ao mesmo ritmo. Assim, *enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento, que reflectem alterações típicas da idade, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, em que apenas alguns sinais típicos de mudança ocorrem* (Sequeira e Silva, 2002, p.505).

Para Fonseca (2005) é importante que se pense o envelhecimento numa perspectiva positiva, centrado não apenas nos efeitos negativos que a velhice tem, mas principalmente nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução de perdas. Neste sentido, para Paúl (2005) é essencial que se

privilegie uma abordagem do envelhecimento que o encare como uma questão de natureza pessoal e subjectiva e que tenha por base três perspectivas:

- A da psicologia, tendo em conta a vivência de cada um e os significados do acto de envelhecer;
- A da saúde, na medida em que com o aumento do tempo de vida existe um maior risco de adoecer;
- A da prestação de cuidados, porque importa analisar as necessidades de adequação dos cuidados formais e informais que se praticam junto da população idosa.

1.1. Envelhecimento demográfico – o contexto português

O envelhecimento demográfico das populações é um fenómeno irreversível nas nossas sociedades modernas e traduz-se pelo aumento relativo do número de pessoas idosas em relação ao conjunto da população. É do conhecimento geral que o envelhecimento das populações, que já se processa a um ritmo acelerado, tem tendência a acentuar-se.

Segundo Carrilho e Patrício (2008), Portugal é um país de baixa fecundidade, com um nível inferior ao exigido para substituir as presentes gerações de pais, ou seja, cerca de 2,1 crianças por mulher. A esperança de vida conhece ganhos significativos, sobretudo entre os homens, diminuindo a diferença da vida média entre homens e mulheres. As grandes mudanças na fecundidade e na mortalidade durante a segunda metade do século passado aceleraram o processo de envelhecimento da população residente em Portugal.

O declínio da mortalidade infantil e adulta, a maior autonomia da mulher, a dificuldade em conciliar vida familiar e profissional e a maior acessibilidade a métodos contraceptivos seguros, são factores que pesam na decisão de ter filhos e no seu espaçamento. O ingresso tardio dos jovens no mercado de trabalho, devido à maior escolarização, e conseqüente dependência das gerações mais novas às mais idosas são factores igualmente decisivos sobre o número de filhos a ter. A criação do sistema de segurança social conferiu maior independência às pessoas idosas e os esquemas de pensões de reforma separaram a função de procriar da de sustentar os pais na velhice. Nasceram cada vez menos crianças, os filhos dos imigrantes ganham peso no número

anual de nascimentos, o filho único é a opção predominante. No que se refere ao padrão da fecundidade, a maternidade depois dos trinta anos é mais frequente e a das adolescentes mantém-se elevada, apesar de se ter reduzido substancialmente.

Desta forma, as projecções disponíveis no INE apontam para a diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e de os saldos migratórios continuarem positivos. O envelhecimento demográfico surge, assim, como um fenómeno irreversível, que trará repercussões quer a nível social, como económico e também na saúde.

Segundo o INE (2009), assistiu-se a um aumento da proporção da população idosa (65 anos e mais anos de idade), passando a sua importância relativa de 17,4%, em 2007, para 17,6% em 2008. O envelhecimento populacional é mais evidenciado nas mulheres, cuja proporção se situou em 19,9% face a 15,2% da dos homens, o que reflecte a sua maior longevidade. Desde 1995 que o número de mulheres idosas é superior ao nº de mulheres jovens, mantendo-se em 2008 com valores bastante superiores ao dos homens: 138 face a 94.

A nível do NUTS II, a Região Autónoma dos Açores detém a maior proporção de jovens (18,8%) e a mais baixa percentagem de idosos (12,4%). Na situação oposta encontra-se o Alentejo, com a menor proporção de jovens (13,3%) e a maior percentagem de pessoas idosas (23,0%).

O índice de envelhecimento é também revelador da evolução demográfica recente. Este indicador passou de 114 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 2007, para 115 em 2008.

Considerando o decréscimo da população jovem, em simultâneo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população aumentará. De acordo com as projecções do INE (2009), no cenário central, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor verificado em 2008 (115 idosos por cada 100 jovens).

Relativamente ao índice de dependência de idosos (nº de idosos por cada 100 indivíduos em idade activa) aumentou de 25,9%, em 2007, para 26,3% em 2008 e continuará a aumentar nos próximos anos, atingindo em 2050 os 57,8%, significando que mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem.

Segundo Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), a percentagem de famílias com pelo menos um idoso é 32,5%, sendo que, dentro destas, 50,5% consistem em idosos a

viverem sozinhos e 48,1% correspondem a casais de idosos. Verifica-se, pois, que o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir.

Tal como refere Lage (2005) “*embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente*” (p. 203), o aumento da longevidade aparece associado ao aumento de doenças crónicas e incapacitantes o que contribui para elevar a taxa de idosos dependentes de outrem e consequentemente para o aumento das necessidades de apoio, de cuidados pessoais e de saúde.

O envelhecimento demográfico mantêm-se, assim, como um grande desafio que a sociedade portuguesa enfrenta e para o qual tem de encontrar respostas de modo a garantir uma sociedade inclusiva para todos.

1.2. Conceitos de velhice e envelhecimento

As preocupações com o envelhecimento não são apenas actuais, uma vez que o tema foi desde sempre motivo de reflexão.

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento tem vindo a evoluir e a sofrer diversas mutações, que se prendem, segundo Sequeira (2007), com atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais das várias épocas.

Tendo em conta a *História da Velhice*, de Minois de 1987, referida por Paúl (2005), verifica-se que o tema do envelhecimento já é abordado com alguma frequência no Antigo Testamento, onde surgem imagens em que os idosos são respeitados e valorizados e outras em que os idosos são ridicularizados.

O envelhecimento também foi alvo de preocupação para o filósofo Platão (427-347 a.C.), que considerava o resultado do envelhecimento uma continuidade da vida de jovens e adultos, numa lógica bem actual de que se envelhece tal como se viveu. Também na medicina grega, o tema foi alvo de reflexão. Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento, considerando-o como um fenómeno puramente natural, físico e irreversível. Na medicina romana, Galeno (131-201) explica o envelhecimento de acordo com a patologia humoral e psicológica, tendo a ver com a progressiva desidratação do corpo em que os órgãos tornam-se mais débeis e deixam de funcionar.

A partir de 1500, começa a existir um novo interesse na temática da origem e tratamento da velhice, em busca da eterna juventude. Cornaro (1470-1566),

recomendava moderação na alimentação e nas emoções como chave para a saúde e longevidade. Por outro lado, Paracelso (1493-1541) compara a velhice à ferrugem, por isso deve-se ter uma alimentação equilibrada e tomar o elixir da longa vida. Bacon (1561-1626) também procura o elixir da longa vida, através de uma vida regrada em alimentação, exercício e emoções.

Em 1903, Metchnikoff (1845-1916) vem propor uma nova ciência, a Gerontologia, que estuda os idosos. No entanto, esta só veio ter maior impacto após a II Guerra Mundial, em 1945, na América do Norte, com o surgimento da Society of Gerontology.

Durante o séc. XX, foram vários os contributos para o desenvolvimento desta nova ciência, mas foi a partir da década de 80 que se acentuaram os trabalhos de investigação e as publicações sobre o envelhecimento, e continuam a intensificarem-se, tendo em conta o aumento da população idosa.

Para Fontaine (2000), o conceito de envelhecimento difere do conceito de velhice, uma vez que o primeiro é sinónimo de “senescência” e o segundo representa o grupo de pessoas com mais de 60 anos. Para o autor, o envelhecimento não é um estado, mas um conjunto de processos que o organismo sofre e que provoca modificações biológicas ou psicológicas, não sendo possível datar o seu início, porque a sua velocidade e a sua gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Nesta perspectiva, o autor, citando Birren e Cuningham (1985), refere que cada um de nós não tem uma, mas três idades diferentes: a idade biológica (ligada ao envelhecimento orgânico); a idade social (associada ao papel e ao estatuto que a comunidade nos atribui); e por fim, a idade psicológica (relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente).

A distinção entre velhice e envelhecimento é também feita por Berger (1995), na medida em que considera a velhice como a última fase do ciclo da vida, em que o organismo sofre transformações sucessivas, enquanto o envelhecimento é definido como um processo contínuo que leva ao estado da velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa.

Com uma perspectiva similar, surge Neri (2003, cit. *in* Silva, 2007), na medida em que enfatiza o envelhecimento como uma experiência extremamente individual, sendo influenciada pelos vários aspectos que fazem parte da sua vida: a sua história, a sua cultura, a sua saúde, a sua educação. A velhice é delimitada por acontecimentos vários, como as perdas psicomotoras, o afastamento social, a restrição de papéis sociais e outros.

Zimerman (2000, cit. *in* Imaginário, 2002) considera que a velhice não é uma doença, mas uma fase em que os indivíduos ficam mais susceptíveis a doenças. Para Timiras (1997, cit. *in* Imaginário, 2002), o envelhecimento representa a soma de todas as alterações que ocorrem num organismo com o passar dos anos.

A definição mais satisfatória do envelhecimento na perspectiva de Papaléo-Netto e Borganovi (2002, cit. *in* Silva, 2007) refere-se aquela em que o envelhecimento é visto como um processo dinâmico e progressivo, no qual são verificadas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que vão determinar a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e que ocasionam uma maior vulnerabilidade e uma maior incidência de processos patológicos que culminam na morte.

Estas alterações, segundo Imaginário (2002) não acontecem de forma brusca, pelo que a velhice instala-se de uma forma que, por vezes, acabamos por nem nos aperceber.

Ao longo do tempo e com a intensificação dos estudos sobre a questão do envelhecimento, têm vindo a surgir diferentes teorias explicativas, das quais Paúl (2005) e Sequeira (2007) destacam as seguintes:

- A teoria ecológica, proposta por Birren, em que o envelhecimento é considerado como um processo ecológico, resultando da interacção entre organismos com determinado património genético e o ambiente em que se encontram expostos;
- A teoria gerodinâmica, proposta por Schroots, em que o processo de envelhecimento é explicado tendo por base a teoria geral dos sistemas, na medida em que representa um processo que resulta de uma série finita de mudanças que leva a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior diferenciação.
- As teorias do desenvolvimento, em que Baltes e Smith (1999, cit. *in* Sequeira, 2007), baseados numa perspectiva de ciclo de vida, congregam diferentes tipos de análise interdisciplinar para explicar as mudanças relacionadas com a idade, constatando-se que os factores biológicos são bons preditores do funcionamento intelectual, existindo assim uma grande inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo.

A conquista do tempo é, sem dúvida, uma das maiores conquistas da humanidade. No entanto, convém mais uma vez salientar que apesar de o processo de envelhecimento ser um processo natural, progressivo e irreversível que ocorre ao longo do tempo, é também um processo extremamente complexo, que resulta da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste sentido, Schroots e Birren (1980, cit. in Paúl, 1997), apontam três principais componentes de envelhecimento:

- Envelhecimento biológico, o qual resulta de uma crescente vulnerabilidade e de uma maior probabilidade de morrer (senescência);
- Envelhecimento psicológico, que se define pela auto-regulação do indivíduo para se adaptar ao processo de senescência e envelhecimento;
- Envelhecimento social, o qual está relacionado com os papéis sociais dos indivíduos.

2. Envelhecimento produtivo

O aumento do envelhecimento populacional implica uma nova orientação, em termos de perspectiva, acerca do papel desempenhado pelos idosos na sociedade actual.

Segundo Fonseca (2005a), uma das directivas prioritárias do Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento 2002, da Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se à necessidade de promover a inserção social das pessoas idosas, através da aprendizagem ao longo da vida, da optimização das condições de saúde física e das oportunidades de desenvolvimento psicológico, da participação nos assuntos familiares, sociais, económicos, culturais e cívicos, ou seja, de todos os meios que favoreçam o desempenho de papéis activos pelas pessoas idosas, correspondendo às suas necessidades, desejos e capacidades.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível constitui, nos dias de hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, colocando-se a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Na perspectiva de Fonseca (2005a) o conceito de *envelhecimento activo* – processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem - adoptado pela Organização

Mundial de Saúde, em 2002 supera e amplia o conceito de *envelhecimento saudável* na medida em que não importa apenas que as pessoas idosas tenham saúde, mas que mantenham ou melhorem a sua qualidade de vida à medida que envelhecem, desenvolvendo o seu potencial de bem-estar físico, social e mental, participando socialmente e prolongando o seu envelhecimento através de uma vida com qualidade.

Baltes e Baltes (1990, cit. *in* Sequeira, 2007) apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem sucedido, no qual o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios específicos que dão sentido e significado à sua existência e através da qual garantem uma compensação relativamente às perdas associadas ao envelhecimento. Os mesmos autores, citados por Fonseca (2005a), definiram como critérios do envelhecimento bem-sucedido a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social, o controlo pessoal, a satisfação de vida. Factores psicossociais como o funcionamento intelectual, os estilos de vida, a percepção de eficácia, as capacidades de coping, entre outros, são factores que modulam o envelhecimento (Férrandez-Ballesteros, 2001, cit. *in* Fonseca, 2005a).

Para Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999, cit. *in* Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, 2006) segundo o modelo de Envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento poderá ser compreendido através do modelo de selecção, optimização e compensação, mecanismos de adaptação interactivos que procuram a maximização dos ganhos e a minimização das perdas. Na perspectiva de Fonseca (2005a), selecção é a delineação e objectivos por parte dos idosos face aos condicionamentos surgidos pelo envelhecimento, optimização refere-se ao processo de procura e maximização das condições necessárias e compensação é a aquisição de meios para alcançar os objectivos. Esta componente activa do processo de envelhecimento humano, na opinião de Fonseca (2005a), demonstra como esta fase da vida tem vindo a perder o cariz, ora fatalista ora resignado, típico de uma período que surge normalmente associado a perdas sucessivas e irreparáveis nos vários domínios da existência.

O conceito de **envelhecimento produtivo (EP)** surgiu na década de 70, baseando-se na insatisfação sentida por profissionais de contextos políticos, sociais e académicos, com uma imagem pejorativa atribuída aos idosos - pessoas frágeis, dependentes e não produtivos, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens (Caro, Bass e Chen, 1993, cit. *in* Gonçalves, Martín, Guedes, Pinto e Fonseca, 2006) e terá a ver com a existência de uma actividade significativa e satisfatória, em que o idoso

está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida.

Segundo Kaye, Butter, e Webster (2003, cit. in Gonçalves, Martin, Guedes, Pinto e Fonseca, 2006) existem duas dimensões paralelas inerentes ao conceito de **EP: a dimensão objectiva**, que enfatiza os contributos realizados pelo idoso para com os seus familiares, grupo social ou comunidade, e outra **subjectiva**, que privilegia a componente afectiva do processo, no sentido das consequências positivas em termo de bem-estar e qualidade de vida do idoso. Assim, o que se encontra subjacente ao envelhecimento produtivo é uma perspectiva positiva do envelhecimento que valoriza o papel desempenhado pelos idosos, bem como os contributos por estes prestados. O idoso é visto não como vulnerável e passivo, mas como um agente activo no seu envelhecimento (Rozario *et al.*, 2004, cit. in Gonçalves, Martin, Guedes, Pinto e Fonseca, 2006).

Para Papalia e Olds (1992, cit in Fonseca, 2005a) quanto mais activos os idosos permanecerem mais felizes hão-de envelhecer. Os papéis que desempenham são a sua principal fonte de satisfação. No entanto, na perspectiva de Fontaine (2000) muitos idosos sentem-se inúteis e sentem que não estão empenhados em qualquer actividade social produtiva.

Segundo Martin e colaboradores (2006, cit. in Gonçalves, Martin, Guedes, Pinto e Fonseca, 2006), as tarefas desempenhadas pelos idosos podem ser estruturadas em quatro eixos essenciais:

- Meio familiar – onde os papeis são desempenhados através da transferência do tempo, da translação do dinheiro, e da função educativa dos netos;
- Promoção social – através dos programas de voluntariado sénior e dos programas intergeracionais;
- Trabalho sénior no âmbito rural;
- Serviços no meio político.

De uma forma geral, o desempenho de tarefas produtivas pelos idosos pode funcionar como factor promotor do bem – estar, pode permitir ao idoso a manutenção de relações interpessoais, diminuindo o isolamento e o impacto negativo que este tem na sua saúde, pode ser fonte de auto-realização e satisfação (Gonçalves, Martin, Guedes, Pinto e Fonseca, 2006). Desta forma, é importante que os idosos se envolvam em actividades que

contribuam para a formação de uma auto-percepção positiva, que evitem o aborrecimento, a rotina e a solidão.

3. Envelhecimento e dependência

Apesar da maioria das pessoas idosas desfrutarem de saúde que lhes permite viver de uma forma independente, as investigações têm demonstrado a existência de uma estreita relação entre dependência e idade, na medida em que “*a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos.*” (Figueiredo, 2007, p.66). Assim, à medida que a idade avança, a impossibilidade de realizar, de forma independente, determinadas actividades do dia-a-dia deve-se sobretudo a dois aspectos: às doenças crónicas e ao processo global da senescência (Marín e Casasnovas, 2001, cit. in Figueiredo, 2007).

Segundo Sequeira (2007), com o aumento da longevidade, e tendo em conta todas as alterações que ocorrem, no processo de envelhecimento, ao nível dos vários sistemas orgânicos, aumentam também as probabilidades de surgirem diversas doenças que podem condicionar a independência e a autonomia dos idosos.

De facto, as doenças crónicas, apesar de não serem específicas da velhice, acabam por ter uma prevalência nas faixas etárias mais altas. De acordo com Spar e La Rue (2005), a maioria das pessoas com 65 e mais anos de idade padece, pelo menos, de uma doença crónica de foro médico, sendo as mais frequentes a artrite, hipertensão, problemas cardíacos, diabetes, défice auditivo ou visual. Por outro lado, de acordo com o mesmo autor, os idosos com perturbações mentais também já representam um número significativo. Neste contexto, a demência constitui um dos grandes problemas de saúde da população idosa, já que os valores de prevalência e incidência tendem a aumentar com a idade. Segundo Leitão (1999) e Nunes (2005), referidos por Sequeira (2007), cerca de 6 a 8% da população idosa com mais de 65 anos sofrem de doença de Alzheimer e atinge cerca de 39% das pessoas com mais de 90 anos de idade.

A doença crónica, quer se revista de carácter físico ou mental, surge assim como uma das principais causas de dependência.

Figueiredo (2007) refere-se à dependência como “*a necessidade de apoio para a realização de actividades da vida diária, para se ajustar e relacionar com o meio*” (p. 64). Kosier *et al.* (1993, cit. in Santos, 2005) entende por dependência *a incapacidade*

de o indivíduo alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade em adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros.”

Por outro lado, o Conselho da Europa, citado por Figueiredo (2007, p. 64) define dependência como *“um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos concorrentes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal.”* Desta forma, dependência implica a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete algumas capacidades, implica a incapacidade para realizar por si só as actividades da vida diária e ainda a necessidade de cuidados por parte de outros.

Os cuidados prestados por terceiros são, no entanto, influenciados pelo grau de dependência que o idoso apresenta. Assim, os idosos com dependência ligeira conseguem realizar determinadas actividades da vida diária, precisando apenas de alguma supervisão ou vigilância. Os idosos com dependência moderada não necessitam apenas de vigilância mas também do apoio de outras pessoas para desempenharem determinadas actividades. Os idosos com dependência grave são aqueles que necessitam permanentemente de ajuda para desempenharem actividades elementares. Normalmente são pessoas que se encontram acamadas ou que têm graves restrições de mobilidade e que, muitas vezes, já estão também associadas outras incapacidades, como o controle dos esfíncteres (Figueiredo, 2007).

Neste contexto de envelhecimento e dependência é real a necessidade de apoio familiar, social e de saúde. Tendo em conta a conjuntura económica que actualmente se vive, os Estados avaliam o seu papel nas políticas sociais e de saúde e a tendência é a de reverter para as famílias a responsabilidade do cuidar.

Tendo como objectivo aliviar os custos das políticas sociais e de saúde, o apelo à desinstitucionalização tem tido grande ênfase nos últimos tempos. Segundo Lage (2005), tem-se assistido a um discurso, que é comum nos diferentes países europeus, que se centra na manutenção do idoso no domicílio, tendo em vista a preservação da sua autonomia e dignidade. Desta forma, a família surge como solução e o cuidado fica socialmente dividido entre o Estado e a família.

II – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS AO IDOSO DEPENDENTE

4. O contexto da prestação de cuidados informais ao idoso dependente

Considerando, por um lado, o aumento do número de pessoas idosas, resultante do aumento da esperança de vida e do declínio da natalidade, ao qual se associa uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas actividades da vida diária, e por outro lado, a tendência de manter os idosos nos seus domicílios, seja pela preservação da sua autonomia e dignidade ou pela diminuição dos custos nas políticas sociais e de saúde, os cuidados informais assumem particular relevância na sociedade actual. Assim, ao longo dos últimos anos, tem vindo a verificar-se uma crescente atenção e preocupação relativamente aos cuidadores informais, que se evidencia pelas investigações desenvolvidas neste âmbito. Destacam-se Nolan *et al* (1989, 1990, 1995, 1996, 1998), Paúl (1997), Brito (2002), Imaginário (2002), Martins, Ribeiro & Garrett (2003), Lage (2005), Martín (2005), Ribeiro (2005), Santos (2005), Sequeira (2007) e Figueiredo (2007).

Convém, no entanto, distinguir cuidado formal de cuidado informal. Assim, o primeiro diz respeito aos cuidados que são prestados por profissionais devidamente qualificados e que estão integrados numa actividade profissional, enquanto o segundo se relaciona com os cuidados prestados no domicílio, sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos, vizinhos ou outros (Sequeira, 2007).

Na perspectiva de Lage (2005, p. 205), o cuidado informal é entendido como a “...*prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas que não recebam retribuição económica pela ajuda que oferecem*”, sendo que os cuidados prestados por estas pessoas são essenciais para o bem-estar da pessoa dependente.

Para Collière (1989, *cit. in* Pereira, 2009), o cuidar pode ser definido como um acto que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um acto de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais.

Tendo em conta que “*cuidar faz parte da história, experiência e valores da família*” (Lage, 2005, p., 203), tradicionalmente, as responsabilidades do cuidar são atribuídas à família, na qual o papel da mulher se evidencia como essencial para garantir os cuidados aos idosos no seio familiar (Silva, 2006). Assim, até há algumas décadas atrás era a família que assegurava de uma forma natural, no domicílio, grande parte dos cuidados que os seus idosos necessitavam. O cuidar de familiares idosos mais não era do que uma extensão de papéis normais da família (Figueiredo, 2007). No entanto, o cuidado em família deu gradualmente lugar ao cuidado no hospital. Como resultado do crescimento e da complexidade da sociedade industrial e da redistribuição das funções da família, esta ficou limitada e passou a ocupar uma posição menos vital na sociedade (Iphofen e Poland, 1998, *cit. in* Silva, 2006).

Contudo, nas últimas décadas com as rápidas transformações demográficas, nomeadamente, o aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade assistiu-se ao envelhecimento da população o que conduziu a uma crise dos sistemas de protecção social e de saúde recaindo novamente na família a responsabilidade de cuidar dos seus doentes.

Segundo Paúl (1997) e Pimentel (2001), a família assume um papel preponderante no apoio aos idosos e no seu bem-estar psicológico. Por outro lado, os idosos preferem ser cuidados nas suas casas, onde existe um cenário de relações afectivas e trocas sociais (Imaginário, 2002). Contudo, o facto de existir um número cada vez maior de doenças incapacitantes associado a algumas alterações sócio-demográficas, nomeadamente a existência de famílias pouco numerosas e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho tem vindo a limitar e a dificultar a capacidade de ajuda das famílias aos idosos (Paúl, 1997, Brito, 2002).

Neste contexto, quando se fala em prestação de cuidados a idosos deve entender-se que esta não inclui apenas aspectos instrumentais e físicos, como a alimentação, a higiene, a mobilidade, a medicação, mas também um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, o qual contribui para a qualidade de vida do idoso dependente (Brito, 2002).

Como refere Martín (2002, *cit. in* Pereira, 2009), a característica fundamental dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, tendo em conta que as actividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos doentes: suporte psicológico,

emocional, financeiro e assistência nas actividades instrumentais e básicas da vida diária.

Luders e Storani (2000, cit. *in* Figueiredo, 2007) consideram que a prestação de cuidados é uma actividade complexa com várias dimensões (psicológica, ética, social, demográfica) e que também inclui aspectos clínicos, técnicos e comunitários.

Tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados, Pearlin e Zarit (1993, cit. *in* Lage, 2005) consideram que cuidar de familiares idosos obriga a uma definição e redefinição de relações, obrigações e capacidades, podendo vir a constituir uma experiência bastante stressante, quer física quer emocionalmente para os indivíduos e famílias.

4.1. O Cuidador Informal

Não obstante toda a família ter um papel determinante, a responsabilidade da prestação de cuidados recai normalmente sobre uma pessoa – caregiver – que é a pessoa que olha pelo idoso, que o apoia e que cuida dele (Paúl, 1997).

A escolha desta pessoa, ou seja do cuidador informal, que é quem realiza a maior parte dos cuidados informais recebidos pela pessoa dependente, na perspectiva de Martín (2005), tem por base quatro factores: a relação familiar; a co-residência; o género do cuidador e da pessoa cuidada; e as condicionantes relativas aos descendentes. Assim, no que respeita à relação familiar/parentesco, o modelo proposto por Shanas, citado por Martín (2005), sugere a existência de uma ordem de preferência para a adopção do papel do cuidador (cônjuge – filhos – outros familiares – amigos). De facto, vários estudos (Paúl, 1997, Imaginário, 2002, Brito, 2002, Sequeira, 2007) evidenciam que na prestação de cuidados existe uma prevalência dos cônjuges, seguindo-se as filhas, ou seja, a responsabilidade pelo cuidar recai sobre os familiares mais próximos.

Quanto ao género, a literatura é unânime em considerar que a responsabilidade do cuidado informal dirigido aos idosos recai habitualmente sobre a mulher (Paúl, 1997; Brito, 2002; Imaginário, 2002; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Santos, 2005; Lage, 2005; Silveira; Caldas e Carneiro, 2006; Machado, Freitas e Jorge, 2007; Figueiredo, 2007).

Brito (2002) refere que as mulheres representam 80% do total dos cuidadores informais. Para Imaginário (2002), este facto poderá prender-se com a educação

recebida e com a construção das funções da mulher. Por outro lado, poderá ser explicado através dos modelos de divisão do trabalho familiar (Finley, 1989, cit. *in* Martín, 2005), que colocam a prestação de cuidados ao mesmo nível de outras tarefas domésticas, como sejam cuidar da casa e dos filhos, existindo quatro hipóteses que interpretam esta realidade:

- A hipótese da disponibilidade de tempo, em que os homens têm menos disponibilidade do que as mulheres, por exercerem uma actividade profissional fora de casa;
- A hipótese da socialização ideológica, que postula a existência de um processo de aculturação que responsabiliza a mulher pelo cuidar;
- A hipótese dos recursos externos, que sugere que recursos como o nível de rendimento económico e o nível educacional influenciam a divisão do trabalho doméstico;
- A hipótese de especialização por tarefas, segundo a qual os papéis do homem e da mulher estão associados a diferentes tarefas. Aos homens são delegados os trabalhos que exigem mais força física, enquanto às mulheres estão associadas as tarefas domésticas de cuidado da família.

Assim, mulheres e homens prestam diferentes tipos de cuidados condizentes com padrões de divisão sexual de trabalho, apesar de actualmente se observarem alguns sinais de mudança (Ribeiro, 2005). As mulheres prestam cuidados pessoais e tarefas domésticas, enquanto que os homens ficam responsáveis por tarefas como o transporte dos doentes e a gestão financeira (Miller e Cafasso, 1992, cit. *in* Lage, 2005). Por outro lado, quando o homem assume o papel de cuidador existe a crença geral de que este, em comparação com as mulheres, em situação idêntica, recebe mais apoio formal e informal (Paúl, 1997, Ribeiro, 2005).

Apesar do claro predomínio das mulheres na prestação dos cuidados, os homens têm vindo a assumir cada vez mais esse papel (Ribeiro, 2005). Na perspectiva do autor, a ausência de filhos e o facto de existir uma maior probabilidade do homem sobreviver a uma idade em que a esposa necessita de cuidados conduz a que os esposos idosos se assumam como a principal fonte de apoio informal em diversas situações.

A co-residência, a proximidade física e afectiva também influenciam na escolha da pessoa que irá assumir o cuidado, já que fazem com que aumentem as exigências e as obrigações do cuidado, sendo, no entanto, mais fácil a deterioração da relação

estabelecida entre o cuidador e a pessoa cuidada (Martín, 2005). Efectivamente, alguns estudos realizados com cuidadores de idoso demonstram que a maioria dos cuidadores vive com o idoso (Brito, 2002; Lage, 2005, Santos, 2005). Segundo Bris (1994, cit. *in* Figueiredo, 2007), a coabitação é evidente quando se trata de cônjuges que prestam cuidados e é também mais frequente entre os descendentes que prestam cuidados, quando a pessoa de quem cuidam apresenta um elevado nível de dependência.

Por último, no que se refere às condicionantes relativas aos descendentes, a escolha do cuidador tem por base as decisões individuais dos filhos, as quais são tomadas no contexto da família alargada, as necessidades e recursos dos idosos e ainda a disponibilidade de cada filho.

De uma forma geral, Figueiredo (2007) ao traçar um perfil dos cuidadores informais, refere que a maioria são pessoas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 60 anos, casadas, sem emprego. Relativamente à idade dos cuidadores, a autora salienta que esta é influenciada pela idade da pessoa dependente, assim, quanto mais velha esta for, mais velho também será o cuidador.

Quanto ao estado civil, vários estudos (Brito, 2002; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Martín, Paúl e Roncon, 2000, Lage, 2005, Santos, 2005, Figueiredo, 2007) demonstram que os casados constituem a maior proporção daqueles que prestam cuidados a idoso dependente, seguidos dos solteiros e viúvos. Por outro lado, também é evidente, em relação à actividade profissional, que a maioria dos cuidadores não exerce qualquer actividade.

No que respeita ao papel do cuidador, este pode assumir várias formas, como sejam, a orientação, a vigilância, o apoio e, caso se justifique, a substituição (Sequeira, 2007). De entre as tarefas a desempenhar destacam-se: actividades básicas da vida diária (cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, na alimentação); actividades instrumentais da vida diária (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, gestão financeira, administração de medicamentos); apoio emocional, mediação com organizações formais e apoio financeiro (Figueiredo, 2007).

Por norma, a prestação de cuidados informais a um idoso dependente é uma tarefa de longa duração. No estudo com cuidadores informais realizado por Imaginário (2002), os familiares referiram desenvolver essa tarefa entre 1 a 5 anos. Por outro lado, Chappell e Litkenhaus (1995, cit. *in* Figueiredo, 2007) referem que no Canadá, a média de anos de prestação de cuidados é de aproximadamente 7 anos e cerca de 20% fazem-no há mais de 10 anos.

5. Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores

O conceito sobrecarga, deriva de uma tradução do termo inglês “burden”, e tem sido utilizado para descrever os efeitos negativos da tarefa de cuidar sobre o cuidador. Contudo, a sua definição não parece ser consensual, trata-se de um construto multifacetado que se refere ao “conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um idoso dependente” (Sequeira, 2007, p. 128). Para Borgermans, Nolan e Philp (2001, cit. in Figueiredo, 2007), o conceito sobrecarga refere-se aos constantes problemas que existem numa situação de prestação de cuidados. Por outro lado, Lage (2005) resume sobrecarga como “as consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes ao acto de cuidar de outra pessoa” (p.210).

Segundo Braithwaite, referida por Martins, Ribeiro e Garrett (2003), a sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados. Para a autora, cuidar de um familiar idoso e /ou dependente é um processo contínuo, raramente irreversível que encerra cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações do tempo, relação afectiva entre cuidador e sujeito alvo de cuidados e a falta de alternativas de escolha.

Alguns estudos distinguem sobrecarga objectiva e sobrecarga subjectiva. A sobrecarga objectiva está relacionada com aspectos como a situação de doença e dependência, com o tipo de cuidados prestados e com as repercussões de toda essa situação na vida familiar, social, económica e profissional de quem cuida, enquanto a sobrecarga subjectiva tem a ver com a percepção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou dos problemas associados à prestação de cuidados, estando associada às suas características (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

Desta forma, e ao contrário da sobrecarga objectiva, a sobrecarga subjectiva constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, isto é, as avaliações cognitivas que os cuidadores fazem acerca das tarefas da prestação de cuidados estão relacionadas com o seu bem-estar (Figueiredo, 2007). Só assim é possível compreender que diferentes cuidadores, em contextos similares, podem perceber uma mesma situação de forma totalmente diferente. O que para alguns pode significar uma situação geradora de stress, para outros pode não ser. A percepção desempenha, assim, o papel mediador cognitivo das respostas do cuidador a cada situação em determinado momento (Brito, 2001).

Paúl (1997), citando Lazarus e DeLonguis (1983), defende que para a avaliação da sobrecarga subjectiva terá de se ter em linha de conta, não apenas variáveis objectivas, mas também todo um conjunto de variáveis mediadoras que influenciam a resposta emocional do cuidador, como seja, o tipo de relação afectiva com a pessoa cuidada, o grau de apoio sentido, as estratégias de coping utilizadas e os significados atribuídos à situação.

O modelo conceptual de Lawton *et al.* (1989) constituiu um contributo fundamental na conceptualização teórica sobre a sobrecarga e suas implicações no bem-estar do cuidador. Os autores propõem um modelo explicativo baseado em dois factores com cargas opostas: a sobrecarga e a satisfação. Estes autores defendem que o cuidador informal, ao assumir o papel de principal responsável pelo bem-estar e prestação de cuidados a um familiar dependente, fica sujeito a tensões e agentes geradores de stress, mas também a ganhos, tais como, sentir satisfação e o bem-estar pelo que está a proporcionar ao seu familiar. A satisfação do cuidador representa a percepção subjectiva dos aspectos positivos associados ao cuidar.

Estudos recentes (Nolan, Grant e Keady, 1998) sugerem que as satisfações derivadas do cuidar predominam, têm várias origens e podem coexistir com as dificuldades. Estes autores referem, inclusivamente, que a falta de satisfação por parte dos cuidadores pode estar associado a uma pobre e frágil relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, que pode pôr em causa o bem-estar de ambos.

O acto de cuidar pode, assim, aparecer associado a sentimentos de solidariedade, de intimidade, de “*dever*” cumprido, de satisfação de cuidar de alguém que já cuidou de nós (Paúl, 1997); de bem-estar, de afecto, de utilidade (Imaginário, 2002); pode constituir um acto de amor, proporcionar, um sentido de vida através da relação afectiva que se estabelece (Sequeira, 2007); e permitir a possibilidade de desenvolver novas competências e o reconhecimento de outras pessoas (Brito, 2002).

Não obstante a existência de aspectos positivos, na perspectiva de Paúl (1997) cuidar de alguém é uma tarefa pesada e que acarreta custos físicos e afectivos para quem a leva a cabo.

Tendo em conta que, para além do papel de cuidador, os indivíduos desempenham uma multiplicidade de papéis sociais é inevitável que existam dificuldades em conciliar todos eles e surjam, assim, tensões e sentimentos de mal-estar em algumas áreas da vida. É, portanto, natural que o desempenho do papel do cuidador interfira com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social da pessoa que cuida,

predispondo-a a conflitos e levando-a a situações de crise que podem acarretar problemas físicos e psicológicos, que acabam por afectar também o bem-estar do idoso.

Neste sentido, Lage (2002, cit. *in* Santos, 2005) refere alguns estudos que revelam que os familiares cuidadores apresentam uma maior morbilidade do que aqueles que não prestam cuidados. Da mesma forma que, outros autores, citados por Brito (2002) sugerem a ocorrência de alterações no sistema imunitário, problemas de sono, fadiga, hipertensão arterial e sobretudo problemas associados à saúde mental, nomeadamente, ansiedade e depressão. Contudo, Figueiredo (2007) refere que quando se analisa o impacte da prestação de cuidados na saúde do cuidador deve-se ter em conta a idade do cuidador, isto porque é bastante provável que nas pessoas mais velhas surjam diversas situações associadas ao processo de envelhecimento. Esta situação leva a que, de uma forma natural, os cônjuges que prestam cuidados se encontrem mais predispostos a problemas de saúde do que outros cuidadores, como os filhos.

No entanto, as implicações da tarefa de cuidar não se repercutem somente ao nível da saúde. A nível familiar, poderão também surgir conflitos tanto com o utente alvo dos cuidados quer com os outros elementos da família face aos comportamentos, decisões e atitudes de uns e de outros. Por outro lado, o tempo dispendido na prestação de cuidados pode levar a que o cuidador deixe de ter tempo para o resto da família, principalmente cônjuge e filhos, resultando num declínio das relações familiares (Imaginário, 2002).

A nível profissional, coloca-se muitas vezes a questão de ter que conciliar o papel de cuidador com a profissão. Contudo, citando Figueiredo (2007), o tempo dispendido no trabalho pode ser benéfico ou nefasto para o cuidador. Assim, por um lado, o emprego pode ser visto como um escape às tarefas rotineiras e pouco apreciadas, permite a convivência com colegas e amigos e o rendimento pode atenuar algumas das dificuldades económicas que possam existir. Por outro lado, ter um emprego implica mais tarefas a desempenhar, mais horas a trabalhar e mais exigências acumuladas. Num estudo de Chappell e Litkenhaus (1995, cit. *in* Figueiredo, 2007), verificou-se que os cuidadores que trabalham referem uma variedade de impactes a nível profissional, desde o ter de sair do trabalho para acompanhar o idoso a consultas médicas, à necessidade de faltar, mudar de turno e, até, considerar a possibilidade de desistir de trabalhar.

Em termos sociais, tendo em conta o tempo e a dedicação dispendida ao idoso dependente, é frequente o cuidador passar a ter menos tempo para si e para as suas actividades de lazer, o que poderá levar a sentimentos de tristeza e solidão (Imaginário,

2002, Santos, 2005), por outro lado, quando o cuidador tenta dedicar algum tempo a si próprio, surgem, por vezes, sentimentos de culpa associados à ideia de que está a abandonar a pessoa de quem cuida (Figueiredo, 2007).

Todas estas implicações levam a que cuidar de familiares idosos, tal como refere Lage (2005), citando Pearlin e Zarit (1993), obrigue a uma definição e redefinição de relações, obrigações e capacidades, podendo vir a constituir uma experiência bastante stressante, quer física quer emocionalmente para os indivíduos e famílias.

5.1. Factores que influenciam a sobrecarga

As investigações na área da prestação de cuidados têm procurado perceber quais os factores mais importantes que estarão na base de uma maior ou menor sobrecarga física e psicológica daqueles que prestam os cuidados. Contudo, de acordo com Garre-Olmo et al, 2000, cit. *in* Pereira, 2009) o elevado número de variáveis relacionadas com o cuidador e o contexto, faz com que exista uma grande variedade na capacidade revelada pelos cuidadores informais para enfrentarem as suas responsabilidades e torna complicado o estabelecimento de modelos preditivos.

Inicialmente as pesquisas sobre a situação de saúde dos prestadores de cuidados centraram-se mais nas suas características sócio-demográficas, tais como o sexo, a idade, o estado civil, entre outras, e também nas variáveis relacionadas com a pessoa dependente, como sejam o tipo de doenças ou o grau de dependência.

Alguns estudos sugerem que o sexo poderá ser um factor de risco, isto porque, as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, apresentando uma maior sobrecarga (Brito, 2002, Lage, 2005, Santos, 2005).

Rodrigues (2007), citando alguns autores, refere que são as mulheres que mais se dedicam ao acto de cuidar e quem mais reporta problemas de saúde. Os homens cuidadores adoptam uma orientação mais centrada na tarefa, não se referindo ao cuidar como uma tarefa emocional. Assim, admite-se de uma forma geral que a implicação emocional das mulheres é maior, o que pode levar a níveis superiores de sobrecarga comparativamente com os homens. No entanto, também se verifica que estes últimos recebem mais ajudas técnicas quer na gestão dos tempos livres (Santos, 2005).

Por outro lado, a idade parece associar-se à sobrecarga, na medida em que cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade para lidar com as situações

problemáticas (Braithwaite e McGown, 1993, cit. *in* Pereira). No entanto, outros estudos apontam para a não existência de relação entre a sobrecarga e a idade (Santos, 2005, Cohen e Eisdorfer, cit. *in* Paúl, 1997). E, por outro lado, Pereira (2009), verificou que os jovens apresentavam valores superiores de sobrecarga comparativamente aos mais velhos.

Os cônjuges parecem estar mais sujeitos a sobrecarga comparativamente a outros graus de parentesco. Sequeira (2007), num estudo realizado com cuidadores de idosos com demência e sem demência, verificou que os cônjuges atingem valores mais altos de sobrecarga comparativamente a outros familiares.

Por outro lado, no que se refere à duração do cuidar, poderia ser normal que os cuidadores se fossem adaptando à situação e não tivessem níveis tão altos de sobrecarga com o decorrer do tempo, no entanto, Sequeira (2007) constatou uma variação directamente proporcional à sobrecarga, depreendendo-se que a sobrecarga aumenta com a duração do cuidar.

A coabitação também pode determinar diferentes níveis de sobrecarga nos cuidadores. Por um lado, existem estudos a referir que quem vive com o doente tem mais stress do que quem não vive (George e Gwyter, 1986, cit. *in* Pereira, 2009), por outro, há estudos onde foi verificado que os cuidadores que coabitam com a pessoa dependente tem mais sobrecarga, existindo também estudos que não encontraram qualquer relação entre coabitação e sobrecarga (Garre-Olmo *et al.*, 2000, cit. *in* Pereira, 2009).

Paúl (1997), refere um estudo levado a cabo por Cohen e Eisdorfer (1988) com famílias que tomavam conta de idosos com Alzheimer, no qual variáveis como o sexo, o emprego e o grau de parentesco apareciam associadas a sintomas depressivos, não tendo sido verificadas diferenças significativas no que respeita à idade, ao estado civil e ao apoio formal ou informal.

No estudo realizado por Sequeira (2007), a saúde e a actividade profissional parecem constituir factores promotores de uma menor sobrecarga. Constatou-se que os cuidadores reformados ou domésticos têm níveis de sobrecarga mais elevados, o que poderá estar relacionado com o facto de os cuidadores serem cônjuges e terem uma idade mais avançada.

Por outro lado, Brito (2002), citando alguns autores, refere que são inconclusivas as relações entre uma maior sobrecarga do prestador de cuidados e as suas características sócio-demográficas. Assim os aspectos mais subjectivos, a percepção do

prestador de cuidados relativamente à sua situação de saúde, a forma como percebe as dificuldades, as fontes de satisfação ou até as estratégias que utiliza, têm assumido uma maior relevância nesta área de estudo.

Na investigação de Sequeira (2007), constata-se que a existência de apoio social, que engloba o apoio familiar, o apoio dos amigos e o apoio das organizações encontra-se relacionado quer com as dificuldades do cuidador, quer com a sobrecarga. Por outro lado, os resultados obtidos no estudo sugerem que a existência de maiores dificuldades é habitualmente sinónimo de maior sobrecarga.

No estudo levado a cabo por Brito (2002), a autora parte do pressuposto que as variáveis subjectivas como as dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados, as fontes de satisfação encontradas e as formas de coping por eles utilizadas poderão ser vistos como predictores directos da morbilidade manifestada. Das conclusões ressalta o facto de existir uma correlação significativa entre as dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados e a sintomatologia depressiva que apresentavam, ou seja, a percepção de mais dificuldades estaria associada a menos saúde. Relativamente às fontes de satisfação, um dos aspectos que causa maior satisfação aos prestadores de cuidados tem a ver com facto de sentir que está a causar bem-estar à pessoa que cuida, sendo que estes sentimentos parecem contribuir para um melhor nível do estado de saúde dos prestadores. No que respeita às formas de coping, estratégias que adoptem uma atitude mais optimista e mais flexível estarão associadas a uma melhor saúde.

A auto-eficácia, a capacidade de coping e o suporte social surgem como variáveis de relevo no âmbito do cuidado informal. Por um lado, a auto-eficácia fortalece os cuidadores e torna-os mais aptos para cuidado (De La Cuesta, 2004, cit. *in* Lage, 2005), por outro, a capacidade de coping do cuidador e suporte social parecem minimizar as consequências do acto de cuidar (Lage, 2005).

III – STRESS, COPING E SUPORTE SOCIAL NOS CUIDADORES INFORMAIS

6. Considerações gerais sobre o Stress e o Coping

Stress e coping são dois conceitos indissociáveis, tendo em conta que o coping emerge da conclusão que o stress não é um processo automático estímulo-resposta, existindo factores mediadores (Pais-Ribeiro, 2007).

Paúl e Fonseca (2001, cit. *in* Tap, Costa & Alves, 2005) consideram que se verifica stress quando existe um desequilíbrio entre as exigências do ambiente e as capacidades de resposta do sujeito, ou seja, as capacidades de coping. No entanto, no modelo transaccional do stress de Lazarus e Folkman, os stressores físicos ou psicológicos produzem respostas de stress unicamente depois de terem sido avaliados como ameaçadores. Assim, de acordo com esta abordagem, uma situação torna-se stressante quando o sujeito considera que o pedido efectuado pela interacção indivíduo/meio excede os seus próprios recursos e coloca em perigo o seu bem-estar. Segundo Folkman e col. (1986, cit. *in* Graziani e Swendsen, 2007), a avaliação cognitiva da transacção stressante realiza-se em dois níveis. Primeiro, o sujeito faz uma avaliação primária, rápida e automática e determina se a situação é uma ameaça. De seguida, o sujeito faz uma avaliação secundária, em que avalia os seus recursos e realiza os esforços necessários para enfrentar a situação stressante.

Resumindo, Nolan, Keady e Grant (1998) referem que este modelo explica o facto de os indivíduos reagirem de forma diferente à mesma situação e reconhece que nem todas as situações são indutoras de stress, que para a mesma situação podem-se utilizar diferentes estratégias de coping e que o stress baseia-se essencialmente na percepção subjectiva das situações.

Tendo em conta que perante acontecimentos de vida que são avaliados como perturbadores, os indivíduos mobilizam esforços no sentido de tentar gerir e adaptar-se a esses acontecimentos, o coping tem sido definido como um factor estabilizador (Holahan e Moos, 1987, cit. *in* Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004).

Numa proposta clássica, Lazarus e Folkman (1984, cit. *in* Pais-Ribeiro, p. 295, 2007) definem coping como “*esforços comportamentais e cognitivos, em mudança*

constante, que visam gerir exigência internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais.”

O coping refere-se, portanto, a actividades que exigem algum esforço e não àquelas que se fazem de forma automática. A sua qualidade só poderá ser avaliada em função da situação, uma vez que ela pode ser bem adaptada num contexto e não ser noutra (Pais-Ribeiro e Santos, 2001). Segundo Lazarus (1993, cit. por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004) esta perspectiva do coping é contextual e orientada para o processo.

Apesar de o modelo teórico de Lazarus e Folkman se aplicar a vários estudos sobre a prestação de cuidados informais, o Modelo de Desenvolvimento de stress desenvolvido por Pearlin e col. (1990) constitui, na perspectiva de Figueiredo (2007), um contributo relevante, permitindo a conceptualização do stress no contexto dos cuidados familiares.

Este modelo enfatiza o stress como “*o resultado da forma como a vida das pessoas se encontra organizada e os efeitos desta organização na sua percepção/compreensão do evento stressante*” (Figueiredo, 2007, p. 183). Neste modelo são destacados quatro domínios: os antecedentes da situação de stress ou factores contextuais, os factores/fontes de stress, os moderadores e as consequências/efeitos. As fontes de stress ou stressores designam as exigências e os obstáculos que têm a capacidade de colocar o indivíduo numa situação de stress; as consequências dizem respeito aos efeitos resultantes dessas exigências; os moderadores representam os recursos pessoais, sociais e materiais que têm a capacidade de influenciar a relação entre os stressores e as consequências; e os factores antecedentes e contextuais, de uma forma geral, referem-se às características dos indivíduos e às várias dimensões da sua vida (Figueiredo, 2007).

Relativamente aos factores de stress, Pearlin *et al* (1990, cit. in Matins, Ribeiro e Garrett), distinguem: stressores primários e stressores secundários. Os primeiros referem-se às actividades e aos acontecimentos directamente associados ao desempenho do papel do cuidador, nomeadamente o apoio às tarefas diárias tendo em conta as necessidades da pessoa cuidada (dimensão objectiva) e, por outro lado, às respostas cognitivas e emocionais face ao cuidar (dimensão subjectiva). Os stressores secundários são uma consequência dos primários e referem-se aos conflitos decorrentes do cuidar, das responsabilidades familiares e profissionais, dos problemas financeiros e das alterações da vida social.

6.1. As estratégias de coping nos cuidadores informais

Tendo em linha de conta a teoria do stress, o cuidar de pessoas dependentes pode ser visto como um stressor, que perturba a actividade habitual do sujeito e produz uma necessidade de ajustamento nas condições do cuidador (Paúl, 1997, Martin, Paul e Roncon, 2000).

Graziani e Swendsen (2007) referem um estudo realizado por Folkman (1997) sobre sujeitos que prestavam cuidados aos cônjuges doentes em fase terminal que mostra que, apesar dos níveis elevados de sofrimento, os sujeitos conseguiam experimentar estados psicológicos positivos. Para explicar este facto, consideram quatro processos de coping que lhes está associado:

- A reavaliação positiva, que diz respeito às estratégias cognitivas de reformulação de uma situação, a fim de a encarar com mais optimismo;
- O coping centrado no problema, que permite que o sujeito tenha a experiência positiva de controlar a situação e ter sentimentos de realização;
- As crenças e as práticas religiosas, que facilitam a reavaliação positiva das dificuldades da situação;
- A injeção de acontecimentos positivos, que são importantes neste processo.

Por outro lado, Lim e Zebrack (2004) referem vários estudos que demonstram que as estratégias de coping são boas predictoras da qualidade de vida dos cuidadores. Assim, na investigação realizada por Haley *et al* (1998, cit. *in* Lim & Zebrack, 2004) concluiu-se que quando os cuidadores utilizavam estratégias de coping baseadas na resolução de problemas, os mesmos apresentavam níveis mais elevados de qualidade de vida. A procura de informação estava associada a uma melhor saúde e uma melhor adaptação estava também relacionada com uma melhor saúde e com a satisfação com a vida.

Num estudo levado a cabo por Brito (2002), a autora parte do pressuposto que as formas de coping utilizadas pelos prestadores de cuidados poderão ser vistas como predictores directos da morbilidade manifestada. Assim, estratégias que signifiquem, da parte do cuidador, atitudes mais optimistas e mais flexíveis face às circunstâncias envolvidas, estarão associadas a uma melhor saúde.

Nos estudos relacionados com o coping e os cuidadores informais, destacam-se também os trabalhos de Nolan et al. (1995, 1996, 1998). Na perspectiva destes autores, existem quatro tipos de coping:

- o coping baseado na acção preventiva, para prevenir situações stressantes;
- o coping baseado na acção directa, para alterar o problema;
- o coping baseado na reformulação, ou seja, criar significados alternativos para os acontecimentos;
- Lidar com as consequências de determinada situação.

Tendo em conta estes tipos de coping, coloca-se a questão de qual destes será o mais eficaz. A acção preventiva acaba por não ser muito utilizada dado que, muitas vezes não se conseguem prever situações stressantes, o coping baseado na acção directa é mais eficaz nas situações que são passíveis de alteração, a reformulação pode ser eficaz quando a situação não se pode alterar, criando-se assim percepções alternativas e, finalmente, quando todas as outras estratégias não são eficazes, nada mais resta a não ser lidar com as consequências (Nolan, Grant e Keady, 1998). Neste sentido, todas as estratégias são potencialmente eficazes, no entanto, necessitam de ser ajustadas ao stressor. Assim, usar uma estratégia baseada na resolução do problema numa situação que não se pode resolver é completamente inadequado e ineficaz (Nolan, Keady e Grant, 1995).

No Estudo realizado por Nolan, Grant e Keady (1996) com uma amostra de 260 prestadores de cuidados a familiares do reino Unido verificou-se que a maioria dos inquiridos utiliza e considera eficaz diversas estratégias relacionadas com acções que visam lidar com os acontecimentos/resolver os problemas. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Brito (2002) e Sequeira (2007), existindo apenas algumas variações na ordem dos itens mais assinalados, situação que os autores remetem para questões socioculturais.

No estudo de Sequeira (2007), verificou-se a existência de correlação entre as estratégias de coping e as satisfações, o que sugere, segundo o autor, que a utilização de estratégias de coping de forma eficaz está associada a níveis mais elevados de satisfação. Por outro lado, as estratégias de coping adoptadas pelos cuidadores

relacionam-se com a idade, o estado de saúde do cuidador, o tipo de relação preexistente e com a percepção de suporte social. Para Holahan e Moos (cit. *in* Ribeiro, 2007) o coping é influenciado pela educação, nível sócio-económico, características da personalidade e factores contextuais.

Segundo Coelho e Ribeiro (2000) parece também existir uma relação entre coping e suporte social. Assim, as estratégias de coping focadas na resolução de problemas, na procura de suporte social e na reavaliação positiva de um acontecimento stressor parecem estar associadas a uma percepção mais satisfatória do suporte social, enquanto estratégias de coping mais desadaptativas, como os comportamentos evitantes, aparecem relacionadas com um menor grau de suporte social.

Coping e suporte social surgem igualmente relacionados na perspectiva de Figueiredo (2007), por um lado, se uma pessoa é dotada de um ou outro recurso terá mais possibilidades de ter acesso a outros, por outro, se está confinada a um, terá mais dificuldades em aceder a outros.

7. Considerações gerais sobre o suporte social

O suporte social é, nos dias de hoje, um dos principais conceitos na Psicologia da Saúde (Dunbar, Fonte e Hunt, 1998, cit. *in* Ribeiro, 1999a), sendo consensual que se trata de um conceito complexo, dinâmico e que é percebido de acordo com as circunstâncias e intervenientes (Santos, Ribeiro e Lopes, 2003).

Ao longo das últimas décadas, são várias as definições sugeridas pelos investigadores desta temática. Uma das definições mais antigas foi sugerida por Cobb (1976, cit. *in* Santos, Ribeiro e Lopes, 2003), assim, o suporte social é descrito como a informação disponível que conduz o sujeito a acreditar que é amado, estimado, valorizado e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Posteriormente, para Sarason (1988, cit. *in* Santos, Ribeiro e Lopes, 2003), o que parece ser mais importante é o suporte social percebido, ou seja, o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente. Por outro lado, Barrón (1996, cit. *in* Martins, s/d) define apoio social como um conceito interactivo que se refere às trocas que se estabelecem entre os indivíduos, enquanto Dunst e Trivette (1990, cit. *in* Ribeiro, 1999) se referem ao suporte social como os recursos que se encontram ao dispor dos indivíduos e que respondem aos pedidos de ajuda e assistência.

Estes últimos autores distinguiram duas fontes de suporte social: o suporte informal, que inclui os sujeitos (familiares, amigos, vizinhos) e os grupos sociais (igreja, clubes) capazes de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos e o suporte formal, que abrange as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde) e os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos) tendo como objectivo prestar ajuda ou assistência às pessoas necessitadas (Ribeiro, 1999, Almeida e Sampaio, 2007).

Por outro lado, existem autores que distinguem diferentes tipos de suporte social. Em 1997, Cramer, Henderson e Scott (cit. *in* Ribeiro, 1999) distinguem suporte social percebido, referindo-se ao suporte que o sujeito percebe como disponível se precisar dele e suporte social recebido, ou seja, aquele que foi recebido por alguém.

Na perspectiva de Rodriguez e Cohen (1998, cit. *in* Siqueira e Pavodam, 2007), o suporte social apresenta três dimensões: o suporte emocional, o suporte instrumental e o suporte de informação. Assim, o suporte emocional tem a ver com o estar presente o confortar, dar segurança e atenção. O suporte instrumental refere-se aos vários auxílios tangíveis que um indivíduo possa receber de outra pessoa e o suporte informacional diz respeito às informações que a sua rede social lhe pode disponibilizar.

Apesar das múltiplas definições e perspectivas do suporte social, parece ser consensual a sua importância no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos. Tal como referem Rodin e Salovey (1989, cit. *in* Ribeiro, 1999), o suporte social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e ter um papel positivo na recuperação do indivíduo quando está doente.

As investigações realizadas na análise de relação entre suporte social e saúde inserem-se em quatro grandes categorias (Singer e Lord, 1984, cit. *in* Ribeiro, 1999):

1. O suporte social protege contra perturbações induzidas pelo stress – Inclui uma versão forte e uma versão fraca. A forte afirma que o suporte social impede que o stress afecte de forma negativa o indivíduo. A fraca refere que o stress afecta todos os indivíduos mas que o suporte social reduz o seu efeito, sendo uma variável mediadora ou moderadora do stress.
2. A inexistência de suporte social é fonte de stress.
3. A perda de suporte social é um stressor.

4. O suporte social é benéfico – Esta perspectiva considera que o suporte social torna os indivíduos mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida.

Tendo em conta que o suporte social pode ser visto como uma variável mediadora ou moderadora do stress, torna-se compreensível a sua relação com os resultados de saúde. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado o impacto do suporte social na saúde.

Santos, Ribeiro e Lopes (2003) fazem referência a alguns estudos onde o isolamento aparece associado tanto a doenças como a hipertensão, a diabetes, os comportamentos aditivos como também ao decréscimo na saúde mental, vitalidade e funcionamento emocional. Da mesma forma, os resultados da investigação realizada por Schwarzer e Leppin (1989; 1991, cit. *in* Ribeiro, 1999) confirmaram que a má saúde era mais evidente entre sujeitos que tinham falta de suporte social e este encontrava-se mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Também El (1992, cit. *in* Ribeiro, 1999) concluiu existirem evidências da relação entre suporte social, as relações sociais e a sobrevivência de pessoas com cancro. Na mesma perspectiva, Santos, Ribeiro e Lopes (2003), de acordo com os resultados do seu estudo, sugerem que a satisfação com o suporte social se correlaciona com o processo de adaptação à doença oncológica.

Tendo em consideração a multidimensionalidade do constructo, convém fazer a distinção entre os aspectos tangíveis, que se referem às características da rede social de apoio, e a dimensão subjectiva, que corresponde à percepção do suporte disponível em caso de necessidade e que equivale ao grau de satisfação dos sujeitos relativamente à sua vida social. De acordo com Wethington e Kessler (1986, cit. *in* Coelho e Ribeiro, 2000), esta última dimensão “*é a que melhor explica os resultados em saúde, pois tem efectivas implicações sobre os processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e qualidade de vida* (p. 80).

O apoio social já tem sido conceptualizado como um recurso de coping ou um auxílio para gerir situações stressantes. Segundo House (1981, cit. *in* Graziani e Swendsen, 2007), o apoio social representa um moderador muito importante que engloba todas as relações interpessoais de um sujeito e proporciona-lhe um laço afectivo positivo, uma ajuda prática e uma ajuda em termos da informação quanto à situação ameaçadora. Mais do que a noção de apoio social real de que uma pessoa dispõe, o que é mais relevante e desempenha um papel moderador face a acontecimentos stressantes é

o apoio social percebido, ou seja, o sentimento psicológico da potencial disponibilidade de apoio da rede social do sujeito.

7.1. Suporte social e os cuidadores

No que respeita aos cuidadores informais, as investigações sugerem que o suporte social é um bom preditor da sua saúde e bem-estar.

Lim e Zebrack (2004) na revisão que fizeram de vários artigos sobre a qualidade de vida dos cuidadores verificaram que a maioria considerou o suporte social como uma variável mediadora e predictor da qualidade de vida. Estes autores fazem também referência a um estudo realizado por Haley *et al* (1987) com cuidadores de pessoas com demências, onde verificaram que o suporte social actuava como mediador entre os stressores e a depressão, a satisfação com a vida e a saúde. Schumacher *et al* (1993, cit. *in* Lim e Zebrack, 2004) verificaram que cuidadores que tinham menor suporte social apresentavam-se mais deprimidos.

Com uma perspectiva idêntica surge Lage (2005), na medida em que considera o apoio social recebido pelo cuidador um factor que diminui as consequências da tarefa que é cuidar, sendo visto como um mediador do efeito do stress na saúde. Porém, em relação aos diferentes modos de suporte social – emocional e instrumental - os resultados não são suficientemente claros, uma vez que não está perfeitamente estabelecido em que medida trazem benefícios para o cuidador (Myrra, 1996, cit. *in* Lage, 2005).

Considerando as interações sociais que envolvem pessoas idosas, segundo Siqueira e Pavodam (2007) estas parecem reger-se pela norma da reciprocidade social, em que existe a perspectiva de que quem recebe agora pode, mais tarde, dar assistência à pessoa que antes o ajudou. Assim, muitas pessoas idosas apresentam uma menor satisfação com o suporte social, porque acreditam ter dado mais do que aquilo que actualmente recebem. As autoras referem ainda que estes idosos apresentam maiores probabilidades de sofrer de stress do que aqueles que têm uma maior satisfação com o suporte social.

De acordo com Sequeira (2007), a satisfação com o suporte social está directamente relacionada com a sobrecarga. O seu estudo revelou, por um lado, que uma menor satisfação com o suporte social está correlacionada com as dificuldades e a

sobrecarga associada ao cuidar e que, por outro lado, uma maior satisfação com o suporte social correlaciona-se com as estratégias de coping e a satisfação com o cuidar.

Também num estudo realizado por Almeida e Sampaio (2007), com familiares de pessoas com paralisia cerebral, o stress existente nessas famílias encontra-se relacionado com os níveis de suporte social por elas percebidos. No entanto, estes autores consideram que, para além, do suporte social ter um papel mediador nos indivíduos com deficiências crónicas e suas famílias, *“este pode funcionar não só como um elemento amortecedor do impacto do stress, mas também como um recurso de resolução de problemas que resulta em stress diminuído”* (p.146). Assim, a literatura é consensual ao considerar que o suporte social minimiza os efeitos das situações stressantes no funcionamento familiar, contribui para o ajustamento e a adaptação às situações de stress, ajudando na resposta às necessidades especiais, nomeadamente aquelas que se referem a determinadas funções familiares.

IV – PSICOLOGIA DA SAÚDE E OS CUIDADORES INFORMAIS

8. Contributos da Psicologia da Saúde para a promoção da saúde dos cuidadores informais

8.1. *A emergência da Psicologia da Saúde*

Actualmente, a Psicologia da Saúde é um importante domínio da Psicologia que traduz uma abordagem preventiva e de promoção da saúde. É uma área que tem vindo a assumir uma importância cada vez maior “ao investigar e intervir sobre factores psicológicos relacionados com a promoção e manutenção da saúde, com a prevenção da doença, com o tratamento e reabilitação do doente, procurando simultaneamente contribuir para a humanização dos serviços de saúde e para a melhoria da qualidade dos cuidados (Carvalho Teixeira, 2002, p. 165).

A emergência da Psicologia da Saúde deve-se, sobretudo, a uma mudança radical, ocorrida na década de 70, no modo dos cientistas e dos políticos conceberem a saúde (Ribeiro, 1998). Assim, a saúde, ao invés da doença, passou a constituir o principal foco de atenção. A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde enquadra-se nesta perspectiva, na medida em que saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental, social, total e não apenas ausência de doença ou incapacidade (Who, 1948, cit. *in* Ribeiro, 1998).

Para uma melhor compreensão desta mudança, faz-se uma breve passagem pelos períodos que descrevem a evolução dos conceitos de saúde e de doença ao longo dos tempos.

Assim, segundo Ribeiro (1998, 2007), podem considerar-se cinco grandes períodos:

- **Período pré-cartesiano**, até ao séc. XVII, no qual a saúde era concebida numa perspectiva holística, ou seja, na noção de que o corpo e a mente constituem aspectos inseparáveis no Homem. Até à Idade Média a saúde continuava a ser concebida numa perspectiva ecológica, a qual foi, progressivamente, abandonada com o desenvolvimento do pensamento científico moderno, para voltar mais tarde, já na segunda metade do século XX.

- **Período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico**, que se instalou com a implementação do pensamento científico e o Iluminismo. O modelo biomédico considera que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Este modelo conseguiu responder às grandes questões de saúde da época, definindo um paradigma “Teoria do Germe” que postula que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica. Apesar de este modelo ter sido e ainda ser eficaz em grande parte das situações agudas, não resolve tudo.
- **Primeira revolução da saúde**, que se caracteriza pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças e que conduziu ao desenvolvimento de modernas medidas de saúde pública, no século XIX. Nesta altura existia um grande interesse pela saúde pública, visando o combate às grandes epidemias da época.
- **Segunda revolução da saúde**, iniciada em 1970, caracteriza-se pela deslocação do foco da atenção e da intervenção, das doenças para a promoção da saúde. Enquanto o desenvolvimento do modelo biomédico se centrou na doença, a primeira revolução da saúde se centrou na prevenção das doenças, a segunda revolução centrou-se na saúde. Nesta época, constatou-se que as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental. Tornava-se, então, necessária uma nova concepção, dadas as novas doenças não terem origem em organismos patogénicos, o que enfraqueceu a teoria do germe. Para além de se centrar na saúde e não na doença, um outro aspecto radical desta segunda revolução tem a ver com o retorno a uma perspectiva ecológica da saúde.
- **Terceira Revolução da saúde**, tendo em conta a evolução económica, política e social das últimas décadas. Para além da mudança na etiologia da morbilidade e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência desta terceira revolução, nomeadamente: alterações demográficas (envelhecimento da população, diversificação da família, ...), revolução tecnológica (aumenta os custos da assistência médica), aproximação dos serviços de saúde à comunidade, aumento do poder do consumidor (força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública). Tendo em conta que um dos grandes problemas que se

colocam hoje aos Estados é o controlo dos custos do sistema de saúde, a emergência da Psicologia da saúde acaba por ser, na perspectiva de Matarazzo (1980, cit. *in* Ribeiro, 2007), uma oportunidade para ajudar a reduzir os custos na saúde.

De forma resumida, na opinião de Precioso e Taveira (2007) passamos de um modelo tradicional e biomédico de saúde para um modelo ecológico e biopsicossocial, que entende a saúde como o resultado da interacção de vários factores causais e de manutenção. E deste modelo para um modelo concêntrico biopsicossocial, que valoriza a saúde objectiva e o bem-estar subjectivo, e em que o estado de saúde é definido não só como a ausência de doença, mas também como o bem-estar psicológico que resulta das percepções e competências aprendidas e utilizadas para nos adaptarmos aos desafios que surgem ao longo da vida, quer sejam físicos, emocionais ou interpessoais (Hoffman e Driscoll, 2000 cit. *in* Precioso e Taveira, 2007).

Esta perspectiva está em consonância com as alterações que foram feitas ao conceito de saúde pela OMS, em 1986, e que permitem uma compreensão mais alargada do conceito. Assim, saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente. Saúde é vista como um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida (Who, 1986, cit. *in* Ribeiro, 2007).

Deste modo, a definição de saúde tem subjacente que (Ribeiro, 1998): a saúde não é, apenas, ausência de doença; manifesta-se nas áreas do bem-estar e da funcionalidade e nos domínios mental, social e físico; os aspectos físico, mental e social são interdependentes; a saúde resulta de uma interacção complexa entre o que constitui aspectos pessoais e aspectos do meio ambiente e define-se por uma configuração de bem-estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

Com todas as mudanças ocorridas na concepção de saúde, principalmente a partir da década de 70, altera também o papel da psicologia no Sistema de Saúde.

Assim, enquanto a Psicologia Clínica tem como objectivo ajudar as pessoas com alterações comportamentais ou perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de auto-expressão (Shakow, 1975, cit. *in* Jesus, 2006), a Psicologia da Saúde surge como um domínio da psicologia que resulta da

confluência das contribuições específicas de diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e protecção da saúde e à prevenção e tratamento da doença. Deste modo, o seu principal objectivo é “*compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, dos grupos e das comunidades*” (Carvalho Teixeira, 2007, p. 18). E o seu objecto de estudo, segundo Carvalho Teixeira (2007, p. 17), é “*o sujeito psicológico e as suas relações com a saúde, a doença, a família e os técnicos de saúde, mas inclui também os diferentes grupos sociais e os seus problemas associados à promoção da saúde e à prevenção das doenças*”.

Tomando em consideração estas definições, pode constatar-se, na opinião de Jesus (2006) que a Psicologia Clínica está centrada na intervenção em situações de doença e de forma individualizada, enquanto a Psicologia da saúde se centra na análise e intervenção, aproveitando as contribuições de diversos domínios da psicologia para promover a saúde dos indivíduos, dos grupos ou comunidades.

8.2. *A Promoção da Saúde dos Cuidadores informais*

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar, de que têm sido produzidas diversas definições. Assim, na Carta de Ottawa em 1986, a promoção da saúde é definida como o “*processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar*”(Ribeiro, 1998, p. 69). Na perspectiva de Matos (2004), o conceito de promoção da saúde tem subjacente a ideia de que a saúde se desenvolve ao longo do ciclo da vida, sendo por isso um processo, ao invés de um estado, que tem a ver com a interacção do organismo com o seu ambiente físico ou social. Esta autora, acrescenta ainda que a promoção da saúde é um processo que procura dar às pessoas informações e conhecimentos das suas capacidades pessoais, permitindo-lhes aumentar o seu controlo sobre os determinantes da sua saúde e, assim, melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida. Por seu lado, Bennett (2002), considera que a promoção da saúde, para além de incluir o conceito de educação, inclui também a criação de ambientes encorajadores de saúde e de comportamentos de promoção da saúde, desenvolvendo políticas de saúde pública adequadas, aumentando os recursos individuais e fortalecendo a acção comunitária.

No âmbito da psicologia, segundo Barros (2007), têm-se clamado pela necessidade de aplicar um modelo de promoção da saúde que tenha por base uma atitude centrada na saúde como uma visão mais holística, mais subjectiva, múltipla e complexa. A promoção da saúde deve, pois, visar o encorajamento e a generalização de uma atitude global de valorização da saúde, que envolve não só saber avaliar a saúde do próprio, como assumir a responsabilidade pelo controlo do seu estado de saúde e aprender a intervir activamente na sua saúde. Assim, o conceito de promoção da saúde pode ser associado a uma visão mais positiva e mais alargada, que tem mais interesse pela construção das diversas dimensões da saúde e da adaptação (física, psicológica e social) do que pelo evitamento de riscos específicos.

A Psicologia da Saúde em Portugal, tendo subjacente uma visão holística da saúde, pode contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar dos portugueses. Na opinião de Matos (2004), o estudo dos comportamentos dos indivíduos ligados à saúde, assim como dos factores que os influenciam são essenciais para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para intervenções nos indivíduos e nas comunidades.

Segundo Dahlgren e Whitehead (1991, cit. *in* Carvalho Teixeira e Correia, 2002) a Psicologia da Saúde envolve a consideração do contexto social e cultural onde a saúde e a doença ocorrem, dado que a saúde, para além de depender dos comportamentos e do estilo de vida individual, depende também de influências sociais, comunitárias, culturais e ambientais. Neste sentido, torna-se necessária uma orientação de natureza social e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função dos contextos sociais e culturais.

No contexto actual do envelhecimento, com o aumento crescente do número de pessoas idosas dependentes e a necessitarem de cuidados a longo prazo, as famílias são chamadas a prestar cuidados complexos, que interferem com a dinâmica e o funcionamento familiar, com o trabalho e com responsabilidades sociais. Assim, no âmbito dos cuidados aos idosos dependentes, para além do impacto que estas situações causam na vida do cuidador, podem também configurar-se situações de *fragilidade social* (Carvalho Teixeira e Correia, 2002), que influenciam negativamente a saúde tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

Perante esta situação, e numa época em que tanto se fala numa política de desinstitucionalização, os serviços comunitários, na perspectiva de Lage (2005) deverão intervir tão cedo quanto possível junto dos cuidadores informais e das famílias, no

sentido de reduzir a tensão física e psicológica causada pela situação de dependência, antes que surja a sobrecarga.

Se queremos que as famílias continuem a apoiar os seus idosos, temos que cuidar dos cuidadores. Ao promovermos a saúde dos cuidadores estamos, de certa forma, a promover a saúde do idoso e a sua manutenção no domicílio.

As políticas de promoção da saúde devem privilegiar o envolvimento da comunidade de modo a que o suporte social seja assegurado quando solicitado – por exemplo a disponibilização de apoio domiciliário (Rodrigues, 2007).

Na perspectiva de Lage (2005), a família não deve ser objecto da intervenção, submetida ao tratamento, mas sim sujeito de intervenção que pode actuar sinergicamente com os serviços de saúde. Os cuidadores devem ser encarados como aliados na recuperação e manutenção da saúde das pessoas de quem cuidam, detentores de um potencial determinado pelas percepções das experiências vividas, que irão influenciar os seus comportamentos aquando da gestão destas mesmas experiências. Esta perspectiva passa assim de um paradigma em que os cuidadores assumem um papel passivo e de simples receptor de cuidados, conferindo-lhes um papel activo na vivência do cuidado e na tomada de decisões (Ângelo, 2000, cit. *in* Pereira, 2009).

As intervenções terapêuticas, juntos dos cuidadores informais devem assentar em três vertentes principais: apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio (Brodaty, 1999, cit. *in* Brito, 2002).

A intervenção a nível psicológico deverá assentar na remodelação das cognições do cuidador, através da descoberta de novas maneiras de pensar, novas estratégias de coping (Nolan, Grant e Keady, 1996). Assim, a identificação de cuidadores em maior risco é importante, para que se consiga ajudá-los a identificar ou reduzir as estratégias de coping que perante determinada situação se revelam ineficazes, e também a desenvolver novas estratégias para fazer face à situação. Neste sentido, encarar a situação da prestação de cuidados de uma forma positiva pode ajudar a minimizar os aspectos negativos que normalmente lhes estão associados. Tal como referem Nolan, Grant e Keady (1996), a identificação de aspectos positivos da situação pode ser a mais importante estratégia de coping de todas. Se a situação for vista como um desafio ao invés de uma ameaça, existirão menos hipóteses de se tornar uma situação stressante. Para além de poderem ser encaradas como estratégias de coping para ajudar os cuidadores a centrarem-se nos aspectos positivos do que fazem, podem ser usadas como medida de controlo da qualidade dos cuidados prestados e funcionar como indicadores

de risco, na medida em que os cuidadores que não encontram qualquer tipo de satisfação no papel que desempenham podem ser cuidadores em maior risco de experienciarem consequências adversas.

Desta forma, as satisfações têm potencial para serem usadas de formas bastante positivas para contribuir para uma melhor qualidade de vida dos cuidadores. Segundo Figueiredo (2007), existe uma crescente evidência que a existência de satisfação afecta a sobrecarga e associa-se a um maior bem-estar, ajuste emocional e menor ansiedade do cuidador; compromisso crescente com a relação de cuidados; reduzida probabilidade de institucionalização da pessoa idosa; estima e apreciação pela pessoa de quem se cuida; e estratégias de coping eficazes.

Segundo Nolan, Grant e Keady (1996) esta abordagem constitui uma das mais eficazes formas de intervenção terapêutica junto dos cuidadores informais, principalmente em relação à sua saúde mental e que acarreta benefícios para todos os intervenientes.

A falta de informação e o sentimento de incompetência para a prestação de cuidados ao idoso são frequentemente referidos como dificuldades percebidas, capazes de afectar de forma significativa o desempenho do cuidador e a capacidade de continuar a cuidar (Brito, 2002), pelo que se torna necessária uma intervenção ao nível de programas de educação. Tal como refere Bayle (2004), é importante intervir junto dos cuidadores, dando as informações necessárias para a compreensão da doença do familiar, comunicando a existência de serviços disponíveis aos quais possam recorrer como alternativa possível para evitar o esgotamento das famílias.

Por outro lado, apesar da importância atribuída à forma como o cuidador percebe as situações e a um adequado acesso à informação necessária, não se pode desvalorizar os aspectos objectivos da prestação de cuidados, através do desenvolvimento de sistemas sociais de apoio ajustados às necessidades dos cuidadores (Brito, 2002). Neste sentido, Nolan, Grant e Keady (1996) salientam sobretudo a noção de “respite care”, ou seja “pausas nos cuidados”. Estas pausas, que podem incluir, segundo Carretero Gómez *et al* (1996, cit. in Pereira, 2009) diferentes tipos de serviços como o serviço de ajuda domiciliária, centro de dia, internamentos temporários ou nocturnos, têm o objectivo de aliviar o cuidador, periodicamente, das exigências e responsabilidades que estão associadas ao cuidar, desempenhando um papel essencial na diminuição da sobrecarga do cuidador.

Outra estratégia importante remete para a criação de grupos de auto-ajuda, cujo principal objectivo é a partilha voluntária de experiências comuns. Segundo Figueiredo (2007), tem-se verificado que essa troca de vivências tem um efeito positivo na auto-estima das pessoas, desde logo porque as retira do isolamento em que normalmente se encontram. Por outro lado, estes grupos funcionam também como espaços de troca de informação sobre a doença, o tipo de respostas existentes ou procedimentos práticos.

Numa palavra final, resta realçar que a promoção da saúde nos cuidadores informais reveste-se, assim, de um papel fundamental tanto para a saúde dos próprios como para a continuidade da disponibilidade familiar no cuidado aos idosos dependentes, o que por sua vez também trará benefícios para a sociedade em geral.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

V – OBJECTO DE ESTUDO

9. Da problemática à questão de investigação

Os temas relacionados com o envelhecimento humano têm, nas últimas décadas, merecido uma crescente atenção. A longevidade assume especial relevância nas sociedades modernas, instituindo modificações na perspectiva demográfica, onde o número de pessoas com 65 anos e mais aumentam abundantemente em analogia com os tempos passados (Moura, 2006).

Com o aumento da longevidade surge também o aumento de doenças crónicas e incapacitantes. Estas, apesar de não serem específicas da velhice, acabam por ter uma prevalência nas faixas etárias mais altas, o que contribui para elevar a taxa de idosos dependentes de terceiras pessoas, tornando real a necessidade de apoio familiar, social e de saúde.

Apesar de se verificarem algumas alterações sócio-demográficas, nomeadamente a existência de famílias pouco numerosas e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a família, segundo Pimentel (2001), continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais. Por outro lado, tendo em conta a conjuntura económica que actualmente se vive, os Estados avaliam o seu papel nas políticas sociais e de saúde e a tendência é a de reverter para as famílias a responsabilidade do cuidar. Neste sentido, nos últimos tempos, o apelo à desinstitucionalização tem tido grande ênfase. Segundo Lage (2005), tem-se assistido a um discurso, que é comum nos diferentes países europeus, que se centra na manutenção do idoso no domicílio, tendo em vista a preservação da sua autonomia e dignidade. Desta forma, a família surge como solução e o cuidado fica socialmente dividido entre o Estado e a família, que assume, neste contexto, um papel bastante importante, uma vez que continua a ser o grande suporte no apoio ao envelhecimento.

Na família, há contudo uma pessoa que se destaca e que se torna cuidador principal, sendo nele que recaem quase todas as responsabilidades de cuidar. Na maioria das vezes, cuidar de um familiar idoso interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social da pessoa que cuida, predispondo-a a conflitos que facilmente podem comprometer o bem-estar do cuidador e consequentemente o bem-estar da pessoa que é

cuidada. No entanto, nem sempre o papel desempenhado pelos cuidadores informais e as perturbações que acarreta têm sido devidamente reconhecidos. Tendo em conta as transformações que têm vindo a ocorrer na organização e na estrutura familiar, a insuficiência e a inadequação das respostas sociais e de saúde às necessidades das famílias pode ser encarada como um obstáculo na manutenção do seu papel enquanto principal fonte de apoio ao idoso (Figueiredo, 2007).

Perante a importância que os cuidadores informais assumem na prestação de cuidados ao idoso dependente, estes devem ser alvo de atenção de modo a promover a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados prestados ao idoso. Por isso, urge cuidar de quem cuida.

Estudos realizados no âmbito desta problemática têm revelado o quanto é precária a saúde dos cuidadores, principalmente ao nível da saúde mental, com a prevalência de quadros depressivos. No entanto, também se sabe que a situação de cuidar exerce diferentes impactos sobre os cuidadores, isto porque apesar do bem-estar de alguns ser desfavoravelmente afectado, outros parecem conseguir minimizar ou mesmo evitar esses danos e percepcionar satisfação com o cuidar. Neste contexto, consideramos premente aumentar o conhecimento sobre quais os factores que estão envolvidos na prestação de cuidados a idosos e que exercem influência na percepção de sobrecarga e na satisfação dos cuidadores relativamente ao papel que desempenham, por forma a serem identificadas necessidades, prioridades e também formas de intervenção que promovam a saúde e a qualidade de vida destes, o que decerto se irá reflectir no bem-estar daqueles que são alvo de cuidados.

Muitas das investigações que têm sido levadas a cabo na área da prestação de cuidados a idosos centram-se, apenas, nas características sócio-demográficas, tanto do cuidador como do idoso, e nas características do contexto da prestação de cuidados, para tentarem explicar o aparecimento de sobrecarga nos cuidadores. No entanto, a relação entre estas e a sobrecarga parece ser inconclusiva (Brito, 2002). Em contrapartida, estudos mais recentes (Nolan *et al*, 1995, 1996, 1998, Brito, 2002, Sequeira, 2007, Figueiredo, 2007) dão maior ênfase aos aspectos subjectivos que estão envolvidos na prestação de cuidados aos idosos e que têm a ver com a forma como o cuidador percepciona a experiência de cuidar. A auto-eficácia, a capacidade de coping e o suporte social surgem como variáveis de relevo no âmbito do cuidado informal. Por um lado, a auto-eficácia fortalece os cuidadores e torna-os mais aptos para cuidado (De

La Cuesta, 2004, cit. in Lage, 2005), por outro, a capacidade de coping do cuidador e suporte social parecem minimizar as consequências do acto de cuidar (Lage, 2005).

Tendo por base estes pressupostos, a **questão central** que orienta esta pesquisa é: **De que modo a satisfação com o suporte social e as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores influenciam a percepção da sobrecarga e a satisfação com os cuidados prestados?**

9.1. Objectivos do estudo

Apoiando-nos na questão que norteia a nossa investigação, pretendemos compreender, identificar e relacionar factores que estão envolvidos na prestação de cuidados e que se associam com a sobrecarga e com a satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes.

Deste modo, os objectivos do estudo são:

- Identificar características sócio-demográficas dos cuidadores informais;
- Conhecer características do contexto da prestação de cuidados;
- Conhecer as principais dificuldades percebidas pelos cuidadores relativamente à prestação de cuidados ao idoso dependente e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Avaliar a satisfação dos cuidadores em relação ao suporte social e proceder a comparações segundo o género e a idade;
- Identificar as estratégias de coping utilizadas e consideradas eficazes pelos cuidadores e proceder a comparações segundo o género e a idade;
- Avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Avaliar o grau de satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados e identificar características do cuidador e do contexto que lhes estejam associadas;
- Analisar a relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/satisfação.

Com base no exposto, procuraremos conhecer, compreender e analisar a realidade dos cuidadores informais de idosos, tendo em conta que um maior

conhecimento dos factores envolvidos na prestação de cuidados informais permitirá intervenções mais adequadas e eficazes, com benefícios tanto para o cuidador como para o idoso cuidado.

10. Modelo Racional Teórico

Tendo em conta a problemática do estudo e os objectivos a que nos propomos, elaboramos um modelo de análise (Figura 1), composto por conceitos e hipóteses que se articulam entre si, que irá orientar a nossa pesquisa. Segundo Quivy e Copenhoudt (1998, p. 150), um modelo de análise “*representa o prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão retidos para orientar o trabalho de observação e análise*”.

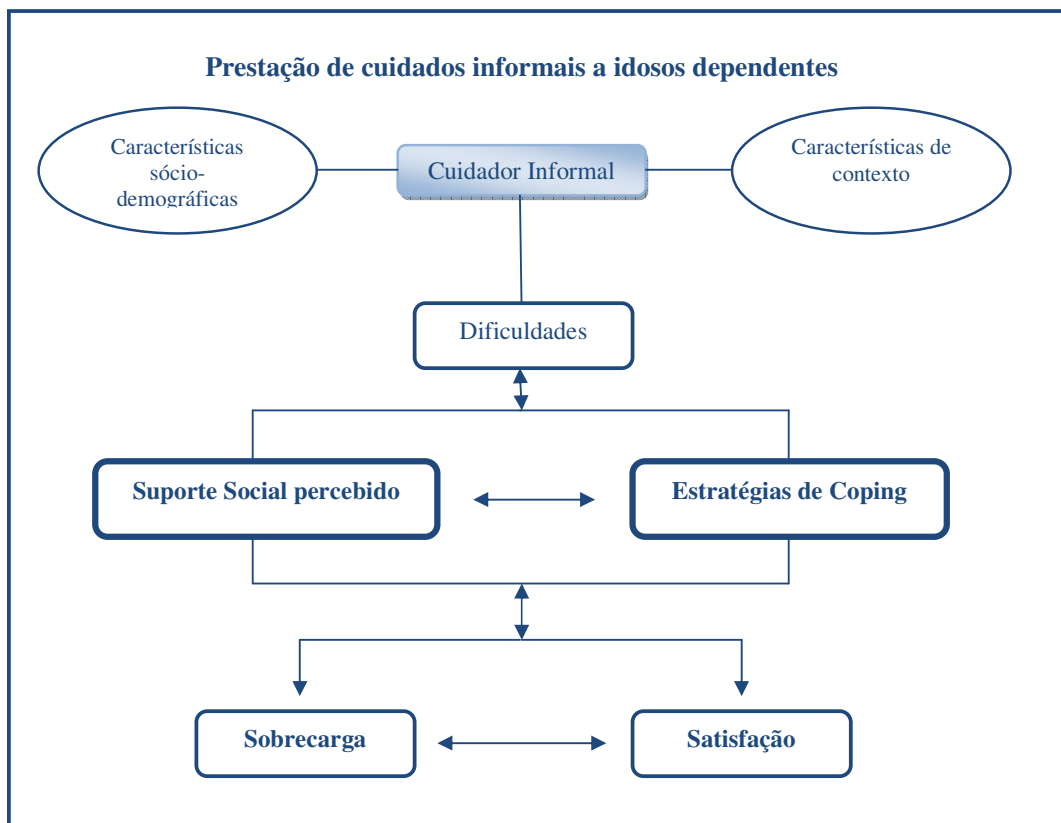


Figura 1 – Modelo racional teórico sobre os factores que influenciam a sobrecarga do cuidador e a satisfação com os cuidados prestados.

No modelo desenvolvido no âmbito deste trabalho (Figura 1), parte-se do pressuposto que cuidar de alguém com dependência constitui uma situação geradora de stress, podendo, no entanto, ter **repercussões tanto negativas (sobrecarga) como positivas (satisfação) nos cuidadores**.

Neste contexto, consideramos que as **dificuldades percebidas** pelos cuidadores podem ser vistas como as diversas situações indutoras de stress e estarão relacionadas, por um lado, com o apoio às tarefas diárias tendo em conta as necessidades da pessoa cuidada e com respostas cognitivas e emocionais face ao cuidar e, por outro lado, com os conflitos decorrentes do cuidar, das responsabilidades familiares e profissionais, dos problemas financeiros e das alterações da vida social. Porém, a forma como os cuidadores lidam com estas dificuldades pode influenciar a sua percepção de maior ou menor sobrecarga.

Neste sentido, a regular a relação entre as dificuldades percebidas e as consequências do cuidar surgem os dois factores com maior ênfase neste modelo: o **suporte social percebido** - que corresponde à satisfação com o suporte social- e as **estratégias de coping**. Desta forma, considera-se que estes factores influenciam a relação entre as dificuldades percebidas e as consequências do cuidar, intensificando o impacte do stress quando os recursos são escassos ou inapropriados e atenuando-o quando são suficientes e oportunos.

Por fim, tendo em conta que as pessoas não enfrentam as fontes de stress de forma isolada, mas como portadoras de determinadas características e detentoras de diferentes estatutos, consideramos que estas, a par das características do contexto da prestação de cuidados, podem influenciar algumas dimensões envolvidas no modelo.

O modelo proposto é um modelo de interacção que pretende analisar as relações existentes entre as diferentes variáveis envolvidas e determinar o contributo de algumas que possam ser promotoras de satisfação e amortizadoras de sobrecarga.

10.1. Hipóteses de Estudo

Segundo Quivy e Campenhout (1998, p. 138) “*problemática, modelo, conceitos e hipóteses são indissociáveis*”. De acordo com os autores, uma hipótese é uma afirmação provisória que prevê uma relação entre dois termos e que deve ser verificada.

Assim, neste estudo, tendo em conta o modelo racional teórico, são formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Uma maior satisfação com o suporte social está associada a uma menor sobrecarga e a uma maior satisfação com os cuidados prestados.

Hipótese 2 - A adoção de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor sobrecarga dos cuidadores e a uma maior satisfação com os cuidados prestados.

Hipótese 3 – Uma menor sobrecarga do cuidador está associada a níveis mais elevados de satisfação com os cuidados prestados.

Hipótese 4 – Um maior número de dificuldades percebidas está associado a níveis mais elevados de sobrecarga.

Hipótese 5 – Uma maior satisfação com o suporte social relaciona-se com a adoção de estratégias de coping eficazes.

Hipótese 6 – As dificuldades percebidas pelos cuidadores são diferentes em função do género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional.

Hipótese 7 – Existe a interferência das variáveis género e idade na percepção de satisfação com o suporte social.

Hipótese 8 – Existe a interferência das variáveis género e idade nas estratégias de coping utilizadas.

Hipótese 9 – Existe a interferência das variáveis género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional na percepção de sobrecarga.

Hipótese 10 – Existe a interferência das variáveis género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional na percepção da satisfação com os cuidados prestados.

VI – METODOLOGIA

11. Tipo de estudo

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo, enveredamos por um desenho de investigação observacional, de tipo exploratório, descritivo-correlacional e transversal (Almeida e Freire, 2007; Ribeiro, 1999a), já que, por um lado, se procurou conhecer os resultados da aplicação dos instrumentos, num único momento e a uma única amostra da população em estudo, e por outro lado, analisar as relações estatísticas entre as variáveis envolvidas.

12. População e Amostra

Entende-se por população “...o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno” (Almeida e Freire, 1997). Sendo o propósito deste estudo analisar alguns dos factores relacionados com a problemática dos cuidadores informais de idosos, optou-se por utilizar como população os cuidadores informais de idosos, utentes das instituições de apoio social da cidade de Beja. Entendendo-se por cuidador informal a pessoa familiar ou amiga, não remunerada, que se assuma como principal responsável pela prestação de cuidados à pessoa dependente (Braithwaite, 2000, cit. in Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

Para a realização do estudo procedeu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência. Segundo Maroco (2003, p.21) “*neste tipo de amostra os elementos são seleccionados pela sua conveniência*”. Neste estudo, estipularam-se como critérios de inclusão na amostra:

- Ser o principal responsável pela prestação de cuidados a um familiar ou amigo com 65 e mais anos;
- Ter tido contacto com a pessoa alvo de cuidados nas últimas quatro semanas, excluído desta forma casos em que o doente, à data da entrevista esteja internado num hospital, lar ou residência para idosos, mesmo que temporariamente.

- Cuidar de um familiar ou amigo que receba apoio domiciliário das instituições de apoio social, ao nível da higiene pessoal.

Esta última condição foi tomada como indicador de se tratar de situações de alguma dependência por parte dos idosos, que naturalmente justificariam um maior envolvimento dos familiares nos seus cuidados.

Assim, após ter sido pedida a colaboração das instituições de apoio social foram identificados cerca de 72 cuidadores, que reuniam as condições para participarem no estudo.

No entanto, o estudo acabou por ser realizado com base numa amostra constituída apenas por 56 cuidadores informais, tendo em conta alguns critérios de exclusão, nomeadamente: os cuidadores que não aceitaram participar no estudo (2); os cuidadores que à data da entrevista tinham o seu familiar internado temporariamente (4); os cuidadores que entretanto deixaram de ter esse papel, por falecimento do familiar (4) ou por ter sido admitido em lar (3); e os cuidadores que não responderam ao contacto telefónico (3).

Face a esta situação, a amostra ficou definitivamente constituída por 56 cuidadores informais responsáveis pela prestação de cuidados a idosos dependentes, em que 41 são mulheres e 15 são homens.

13. Instrumentos de colheita de dados

Dada a natureza do estudo, optou-se por instrumentos de colheita de dados que se baseiam na auto-avaliação e auto-relato de vários aspectos inerentes ao processo de cuidado informal de idosos dependentes.

Assim, esta investigação envolveu a aplicação de um conjunto de instrumentos, que foram agrupados num único questionário (Anexo 1), e que passamos a referir pela ordem em que foram apresentados aos inquiridos:

- ❖ Questionário Geral, elaborado no âmbito deste trabalho, para definição das características sócio-demográficas do cuidador informal e das características do contexto da prestação de cuidados;
- ❖ Escala de satisfação com o suporte social – ESSS, desenvolvida pelo Prof. Doutor Pais Ribeiro (1999), para avaliar a satisfação dos cuidadores informais com o suporte social;

- ❖ Versão portuguesa de CAMI (Carers' Assessment of Managing Index), desenvolvida pelo Prof. Doutor João Barreto e Dr.^a Luísa Brito (2002), para identificação das estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores;
- ❖ Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI), desenvolvido por Martins, Ribeiro e Garrett (2003), para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal.
- ❖ Escala de um item, elaborada no âmbito deste trabalho, para avaliar a satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados.

Passa-se a apresentar as características básicas destes instrumentos:

❖ **Questionário geral**

Com este questionário pretende-se recolher informação sobre as características sócio-demográficas dos cuidadores, assim como sobre as características do contexto da situação da prestação de cuidados.

Assim, este questionário, elaborado no âmbito deste trabalho, é composto por 9 questões, fechadas e mistas de resposta única ou múltipla, que se referem, por um lado, aos dados sócio-demográficos dos inquiridos (sexo, idade, estado civil, situação profissional), por outro, ao contexto da prestação de cuidados (relação de parentesco, duração da situação de prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional), e ainda por uma questão aberta, referente às dificuldades percebidas pelos cuidadores.

❖ **Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS (Ribeiro, 1999a)**

Esta escala foi utilizada para se determinar o grau de satisfação dos cuidadores face ao suporte social proveniente de várias fontes, bem como relativamente às actividades sociais em que estão envolvidos. Trata-se de uma escala multidimensional constituída por 15 itens, em que o sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação numa escala de tipo Lickert com cinco posições, *concordo totalmente (1)*, *concordo em parte (2)*, *não concordo nem discordo (3)*, *discordo na maior parte (4)*, *discordo totalmente (5)*.

A escala inclui quatro sub-escalas, com valores de consistência interna (alfa de Cronbach) que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala global de 0,85. A

primeira sub-escala designada por “satisfação com os amigos” (SA), mede a satisfação face às amizades/amigos que o sujeito tem (e.g., “Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”); inclui cinco itens (itens, 1, 2, 3, 4, 5) e apresenta um valor de consistência interna de 0,83. A segunda sub-escala refere-se ao factor “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo (e.g., Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer, “Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”); inclui quatro itens (itens 6, 7, 8, 9) e mostra um valor de consistência interna de 0,74. A terceira sub-escala diz respeito ao factor, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte familiar existente (e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”); inclui três itens (itens 10, 11, 12) e exibe uma consistência interna de 0,74. A última sub-escala, referente a “actividades sociais” (AS), mede a satisfação pessoal com as actividades sociais que realiza (e.g., não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”, “Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”), inclui três itens (itens 13, 14, 15) e apresenta uma consistência interna de 0,64.

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada sub-escala resulta da soma dos itens de cada sub-escala. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados no “*concordo totalmente*” e “5” aos assinalados no “*discordo totalmente*”. São excepção os itens invertidos: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 e 12.

A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Neste estudo, efectou-se uma análise psicométrica da ESSS, baseada na consistência interna, avaliada pelo alpha de Cronbach que, segundo Pestana e Gageiro (2000, p.525), “*é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma categoria*”.

Assim neste estudo, a escala total apresenta uma consistência interna (*Alpha de Cronbach*) de 0,92 e em relação às sub-escalas, o valor de *Alpha* varia entre 0,84 e 0,91 (Quadro n.º1), o que indica uma boa consistência, tendo em conta que se considera um bom indicador de consistência, quando o *alpha* é superior a 0,80 (Ribeiro, 1999).

Quadro n.º 1

Consistência interna da ESSS

Sub-escalas e ESSS	Alpha Cronbach	N.º itens
SA	0,89	5
IN	0,90	4
SF	0,91	3
AS	0,84	3
ESSS	0,92	15

❖ **Versão portuguesa de CAMI - Carers' Assesment of Managing Índex**

(Prof. Doutor João Barreto e Dr.ª Luísa Brito, 2002)

Este instrumento tem como finalidade conhecer a forma como cada cuidador lida com as dificuldades percebidas. Assim, O CAMI inclui 38 afirmações relacionadas com as estratégias de coping, ou seja, com a forma como cada cuidador resolve ou atenua as dificuldades que percebe, no âmbito do cuidar do idoso dependente.

Relativamente a cada estratégia, o cuidador regista a sua utilização ou não e, para além disso, no caso de a resposta ser positiva, tem ainda a possibilidade de referir a percepção do grau de eficácia da utilização dessa estratégia (Nolan *et al.*, 1995, 1996, 1998; Brito, 2002). Desta forma, perante cada afirmação/estratégia de coping descrita, o cuidador deverá indicar se a *utiliza ou não* (1) e, em caso afirmativo, deverá referir se *não dá resultado* (2), *se dá algum resultado* (3) ou se *dá bastante bom resultado* (4).

As várias estratégias de coping agrupam-se em três categorias (Nolan, Grant e Keady, 1998; Brito, 2002), de acordo com o Quadro n.º2.

Quadro n.º 2

Categorias propostas pelos autores para o CAMI

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

Relativamente às suas qualidades psicométricas, o CAMI apresenta uma boa consistência interna avaliada através coeficiente de *alfa de Cronbach*. No caso de Nolan, Grant e Keady (1998), os autores obtiveram um valor de 0.85, enquanto que na versão traduzida de Brito (2002) foi encontrado um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.804.

No presente estudo, o CAMI apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente de *alpha de Cronbach* ($\alpha=0,89$).

❖ **Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI) – Martins, Ribeiro & Garrett (2003)**

Este instrumento pretende avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal. É constituído por 32 itens, avaliados através de uma escala ordinal de frequências que varia de 1 a 5, sendo que “1” corresponde a “Não/Nunca”, o “2” corresponde a “raramente”, o “3” corresponde a “às vezes”, o “4” corresponde a “quase sempre” e o “5” a “Sempre”.

O questionário identifica sete dimensões de sobrecarga ou sub-escalas de acordo com a Quadro n.º 3.

Quadro n.º 3

Dimensões propostas pelos autores para o QASCI

Dimensões	Itens
Sobrecarga emocional	1, 2, 3, 4
Implicações na vida pessoal	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Sobrecarga financeira	16, 17
Reacções a exigências	18, 19, 20, 21, 22
Percepção de mecanismos de eficácia e controlo	23, 24, 25
Suporte familiar	26, 27
Satisfação com o papel e com o familiar	28, 29, 30, 31, 32

De acordo com Martins, Ribeiro e Garrett (2003), na dimensão *sobrecarga emocional* agrupam-se as emoções negativas evidenciadas no cuidador informal, capazes de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação. No que

respeita à dimensão *implicações na vida pessoal*, esta avalia repercussões sentidas por estar a cuidar do familiar, como a diminuição do tempo disponível, saúde afectada e restrições ao nível da vida social. A dimensão *sobrecarga financeira* refere-se às dificuldades económicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. *Reacções a exigências* é a dimensão que compreende sentimentos negativos, tais como a percepção de ser manipulado, ou presença de comportamentos por parte do familiar susceptíveis de provocar embaraço ou ofensa. A dimensão *percepção de mecanismos de eficácia e controlo* integra aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. *Suporte familiar* relaciona-se com o reconhecimento e apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar. Por último, a dimensão *satisfação com o papel e o familiar* inclui sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afectiva estabelecida entre ambos.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados no “*Não/nunca*” e “5” aos assinalados no “*Sempre*”. São excepção os itens invertidos: 23 a 32, que correspondem às três últimas dimensões, que constituem forças positivas do QASCI, para que os valores mais altos correspondam a uma maior sobrecarga, ou seja, quanto maior for o valor nestas dimensões menor será a percepção de mecanismos de eficácia e controlo, menor será o suporte familiar e menor a satisfação com o papel e com o familiar.

Segundo os autores, o Qasci não permite determinar um score final, porque é difícil definir a partir de que valor a sobrecarga percepcionada é alta, no entanto a valores mais altos estará associada uma maior sobrecarga.

Os estudos realizados pelos autores (2003, 2004) mostram que no global o QASCI apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,90$). Todas as dimensões apresentam valores altos, sendo o valor mais baixo relativo à *percepção de mecanismos de eficácia e controlo*, porém ainda aceitável.

No presente estudo efectuámos uma análise psicométrica do QASCI, baseada essencialmente na consistência interna, como foi feito para os instrumentos anteriormente apresentados. Considera-se um bom indicador de consistência, quando o *alpha de cronbach* é superior a 0,80, no entanto são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número reduzido de itens (Ribeiro, 1999). Neste caso, a escala total apresenta uma consistência interna (*Alpha de Cronbach*) de 0,94 e em

relação às sub-escalas, o valor de *Alpha* varia entre 0,74 e 0,91, revelando assim uma boa consistência a nível global e das suas dimensões (Quadro n.º 4).

Quadro n.º 4

Consistência interna do QASCI

Dimensões e QASCI	Alpha Cronbach	N.º itens
SE	0,89	4
IVP	0,91	11
SF	0,82	2
RE	0,82	5
PMEC	0,74	3
SupF	0,86	2
SPF	0,78	5
QASCI	0,94	32

❖ Avaliação da satisfação com os cuidados prestados

O cuidador, considerando a sua maneira habitual de cuidar o seu familiar, deveria expressar o seu grau de satisfação com os cuidados prestados, numa escala que varia de 1 a 7, sendo que “1” corresponde a “*Completamente insatisfeito*”, “2” corresponde a “*Muito insatisfeito*”, “3” corresponde a “*Insatisfeito*”, “4” corresponde a “*Nem insatisfeito nem satisfeito*”, “5” corresponde a “*Satisfeito*”, “6” corresponde a “*Muito satisfeito*” e “7” corresponde a “*Completamente satisfeito*”. Aos valores mais altos corresponderá uma maior satisfação com os cuidados prestados.

14. Pré-teste

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e de verificarmos as dificuldades na aplicação do questionário, foi aplicado um pré-teste a 3 cuidadores com características similares às da população em estudo.

Após este procedimento, e uma vez que o conjunto de questionários deveriam ser à partida preenchidos pelos próprios, verificou-se que alguns cuidadores com mais

idade teriam dificuldades em responder, sem qualquer tipo de ajuda, ao questionário. Posto isto, e tendo também em conta o tempo exigido que o preenchimento de todo o conjunto de instrumentos representava, definiu-se que os questionários seriam preenchidos através de entrevista pessoal, pela investigadora.

15. Procedimentos de recolha de dados

Após a aprovação da investigação pelas instituições de apoio social e posterior identificação dos indivíduos que reuniam as condições para participarem neste estudo, foi efectuado um contacto telefónico, no qual foram explicados os objectivos do estudo, as condições de confidencialidade, obtido o consentimento informado e marcada a entrevista.

As entrevistas decorreram no domicílio dos cuidadores, onde foi dada a informação de que seriam respondidas todas as questões que quisessem colocar. O cuidador foi claramente informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso acarretasse qualquer implicação ou consequência. Foi, também, garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 30 minutos, em que após um contacto inicial, se aplicaram o questionário de caracterização sócio-demográfica e de contexto e os restantes instrumentos utilizados no estudo.

A colheita dos dados decorreu no período de Janeiro a Março de 2009.

16. Tratamento dos dados

Os dados colhidos do conjunto de questionários foram introduzidos e processados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0.

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Relativamente à questão aberta onde os cuidadores indicavam as principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados, recorreu-se à técnica de análise de

conteúdo, uma vez que segundo Vala (1986) esta técnica permite trabalhar sobre material não estruturado, sendo esse o caso. Assim, tendo em conta o conteúdo encontrado nas diversas respostas, foram definidas várias categorias para facilitar a sua arrumação. Uma vez definidas as categorias, procedeu-se à quantificação dos resultados e à análise descritiva dos mesmos.

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov foi testada a normalidade da distribuição das variáveis.

Nos casos em que se aceita a normalidade da distribuição das variáveis são utilizados testes paramétricos, Teste t de student na comparação de 2 amostras independentes, análise da variância (ANOVA) para comparar mais que duas amostras independentes (aplicando o teste tukey para comparações múltiplas) e o coeficiente de correlação de Pearson, como medida de associação entre variáveis quantitativas.

Nos casos em que se rejeita a normalidade da distribuição das variáveis são utilizados testes não paramétricos, nomeadamente, Mann-Whitney (comparação de 2 amostras) e o teste de Kruskal-Wallis (comparação de várias amostras independentes) e o coeficiente de correlação de Spearman, como medida de associação entre variáveis ordinais.

De referir que em todos os testes estatísticos adoptou-se o valor de 0,05 como nível de significância dos resultados ($p < 0,05$).

VII – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no sentido de ir de encontro aos objectivos traçados para este estudo. Assim, a apresentação dos resultados está organizada em função dos objectivos, obedecendo à seguinte estrutura:

- Caracterização da amostra;
- Caracterização do contexto da prestação de cuidados;
- Identificação das principais dificuldades percebidas pelos cuidadores e associação a variáveis sócio-demográficas e de contexto;
- Avaliação da satisfação dos cuidadores em relação ao suporte social e associação ao género e à idade;
- Identificação das estratégias de coping utilizadas e consideradas eficazes pelos cuidadores e associação ao género e à idade;
- Avaliação da sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores e associação a características sócio-demográficas e do contexto;
- Avaliação do grau de satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados e associação a características sócio-demográficas e do contexto;
- Análise da relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/ satisfação.

Os resultados obtidos são apresentados com recurso a quadros e gráficos, acompanhados de uma descrição narrativa. Na análise que se efectua dos resultados é dada especial ênfase aos que se mostram significativos.

17. Caracterização dos cuidadores informais e do contexto da prestação de cuidados

17.1. Características sócio-demográficas dos cuidadores informais

Iniciamos por uma caracterização sócio-demográfica dos cuidadores de idosos dependentes, tendo como base os dados obtidos através das questões 1 até 4 do Questionário Geral, desenvolvido no âmbito deste trabalho.

Quadro n.º 5

Características Sócio-demográficas dos cuidadores informais

	N	%	Amplitude	M	DP
Género (N=56)					
Feminino	41	73,2			
Masculino	15	26,8			
Idade (N=56)					
			32-91	62,8	14,2
30-49	9	16,1			
50-64	22	39,3			
>=65	25	44,6			
Estado Civil (N=56)					
Casado/União de Facto	46	82,1			
Solteiro	5	8,9			
Viúvo	2	3,6			
Divorciado/Separado	3	5,4			
Situação Profissional (N=56)					
Activo	16	28,6			
Reformado	33	58,9			
Desempregado	5	8,9			
Doméstico	2	3,6			

Pela leitura do Quadro n.º 5, verificamos que dos 56 cuidadores inquiridos, na distribuição face ao género, 41 são mulheres e 15 são homens.

Em relação à idade dos cuidadores, esta varia entre os 32 e os 91 anos de idade. A média encontrada foi de 62,8 anos, com um desvio padrão de 14,2. Para a organização destes dados, optou-se por agrupar os mesmos, tendo por base os grupos adoptados por Brito (2002), ficando organizados da seguinte forma:

- **32-49 anos** – grupo que presumivelmente inclui os cuidadores informais de ascendentes (pais ou sogros), encontrando-se em idade activa do ponto de vista profissional, e com filhos em idade escolar;
- **50-64 anos** – grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados a ascendentes ou cônjuges, encontrando-se em fase de pré-reforma profissional, e com filhos já adultos;
- **>= 65 anos** – grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados, a prestarem cuidados a cônjuges.

Assim, observamos que a maioria (44,6%) dos cuidadores tem idade igual ou superior a 65 anos, 39,3% tem idades compreendidas entre 50 e 64 anos e apenas 16,1% dos cuidadores se situa no grupo 32-49 anos.

Relativamente ao estado civil, a grande maioria (82,1%) dos cuidadores refere ser casado, 8,9% referem ser solteiros, 5,4% são divorciados e 3,6% encontram-se no estado de viúvo.

No que respeita à situação profissional, a maioria (58,9%) dos cuidadores inquiridos estão reformados, 28,6% referem estar no activo, enquanto 8,9% afirmam estar desempregados e 3,6% encontram-se na situação de doméstico.

17.2. Características do contexto da prestação de cuidados

De seguida, apresentam-se as características do contexto da prestação de cuidados, tendo como base os dados obtidos nas questões 5 até 9 do Questionário Geral.

Relação de parentesco

Relativamente à relação de parentesco do cuidador com a pessoa cuidada verifica-se, de acordo com a Gráfico n.º 1, que a maior percentagem de cuidadores são filhas/os (42,9%), seguindo-se, sem grande diferença, as esposas/os (39,3%). Com uma percentagem substancialmente menor aparece a categoria “outra” (10,7%), da qual se destacam 3 netas, 1 sobrinha, 1 prima e 1 genro. Por fim, as irmãs/irmãos representam 7,1% dos cuidadores.

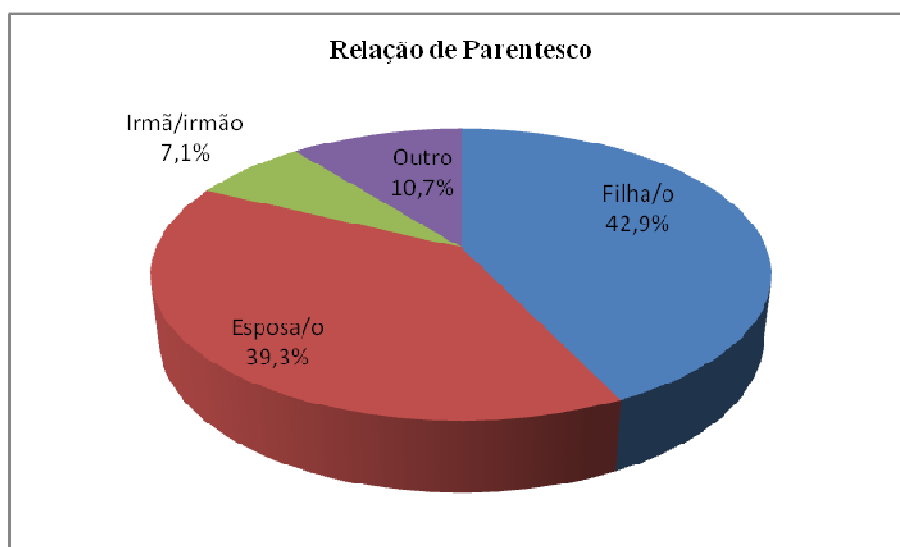


Gráfico n.º 1 – Relação de parentesco do cuidador com a pessoa cuidada.

Quando fazemos a representação por sexo, a maior frequência é representada pelo grupo das filhas (21), seguido dos grupos das esposas e dos esposos (11), com idêntica frequência (Quadro n.º6).

Quadron.º 6

Distribuição da amostra, segundo o grau de parentesco e sexo

Relação de parentesco	Sexo	N	%
Filho(a)	Feminino	21	51,2
	Masculino	3	20
Espos(a)	Feminino	11	26,8
	Masculino	11	73,3
Irmã/irmão	Feminino	4	9,8
	Masculino	-	-
Outro	Feminino	5	12,2
	Masculino	1	6,7

Tempo de duração da prestação de cuidados

Pela análise da Gráfico n.º 2, face ao tempo de duração da prestação de cuidados, verifica-se que 32,1% dos cuidadores estão a cuidar do seu familiar há mais de 3 anos, sendo que a média é de 8 anos e o máximo de anos referido foi 15. Logo em seguida, 30,4% cuidam de familiares entre 1 a 3 anos, com 21,4% surgem os cuidadores que há menos de 6 meses têm o familiar a seu cuidado e, por fim, 16,1% dos cuidadores cuidam dos seus familiares à cerca de 6 meses a um ano.

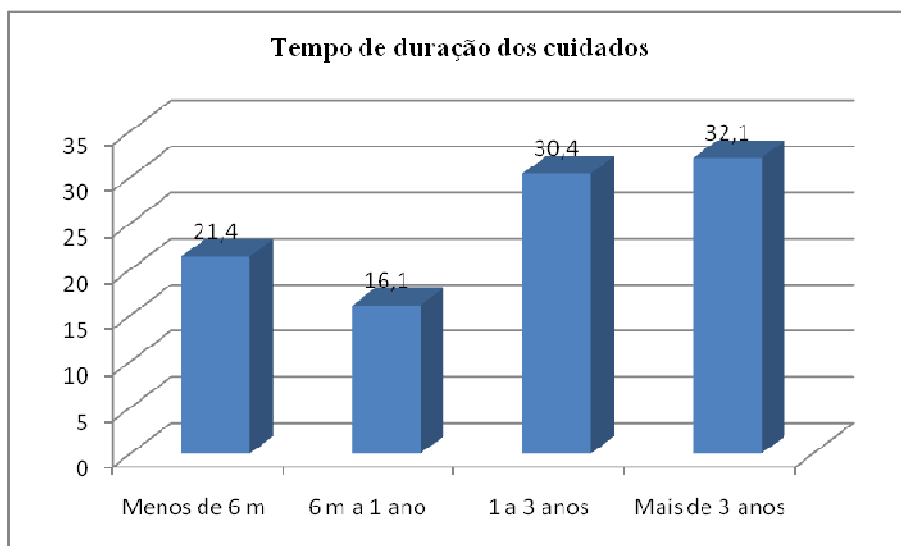


Gráfico n.º 2 – Tempo de duração dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa cuidada.

Coabitação

A coabitação refere-se à situação de viver em comum, ou seja, partilhar o mesmo tecto.

Assim, pela análise da Gráfico n.º 3, observamos que a grande maioria dos cuidadores (80,4%) coabita com o familiar a quem presta cuidados, enquanto apenas 19,6% referem não residir na mesma habitação.

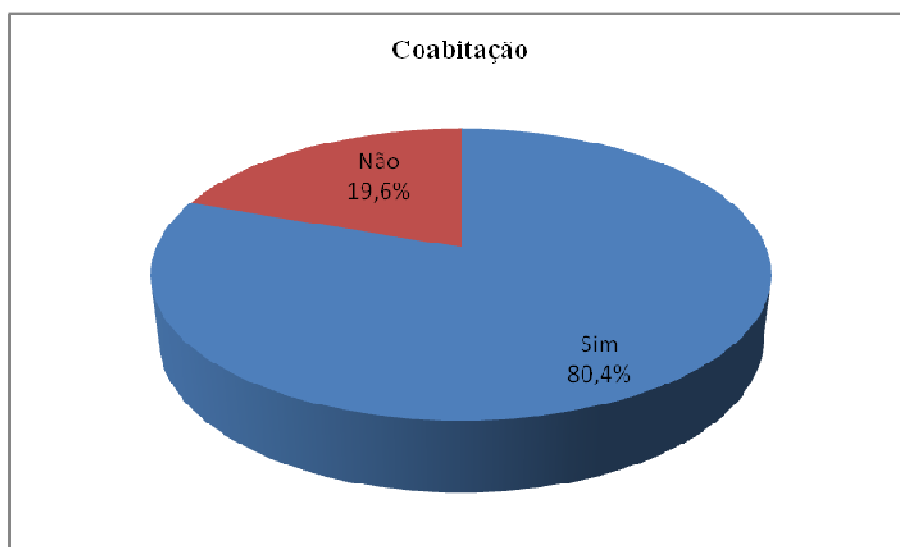


Gráfico n.º 3 – Coabitação do cuidador com a pessoa cuidada.

Suporte Familiar e Suporte Profissional

De acordo com o Quadro n.º 7, verificamos que 62,5% dos cuidadores consideram ter apoio da sua família na prestação de cuidados ao idoso dependente, enquanto 37,5% referem não o ter.

Em relação ao apoio profissional, a maioria dos cuidadores (66,1%) referem-no, enquanto 33,9% dizem não se sentir apoiados pelos profissionais de saúde.

Quadro n.º 7

Apoio Familiar e Apoio Profissional

	N	%
Apoio Familiar (N=56)		
Sim	35	62,5
Não	21	37,5
Apoio Profissional (N=56)		
Sim	37	66,1
Não	19	33,9

18. Dificuldades percebidas pelos cuidadores

No final do questionário geral, construído no âmbito deste trabalho, solicitava-se aos cuidadores para indicarem as principais dificuldades que sentiam ao cuidar do seu familiar.

Num primeiro momento, ao analisarmos a quantidade de dificuldades apontadas pelos cuidadores, verificamos que muitos dos cuidadores, 44,6%, apontam três dificuldades, enquanto 32,1% referem duas e 23,2% apenas uma (Gráfico n.º 4).

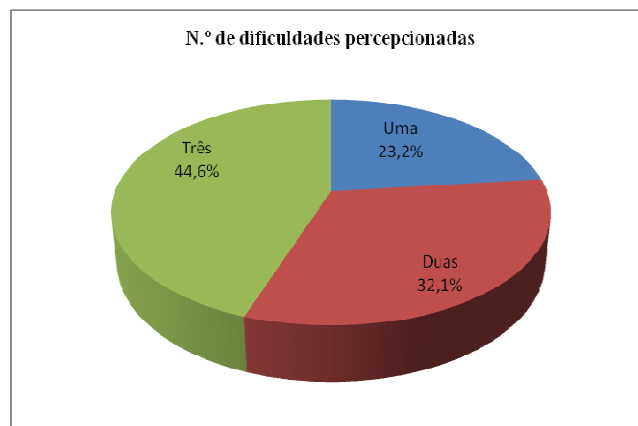


Gráfico n.º 4- N.º de dificuldades percebidas pelos cuidadores ao cuidarem dos seus familiares idosos.

Após o tratamento dos dados, através da análise de conteúdo, verificamos que os cuidadores apontam dificuldades de diversas ordens, nomeadamente:

- Dificuldades de ordem física (e.g. *“Dar-lhe alimentação com sonda”, “cuidar da roupa é difícil”, “dificuldade em dar-lhe banho”, “vesti-lo”, “Sentá-la na cadeira de rodas”, “ter que fazer tudo em casa”, “não tenho força para cuidar do meu marido”, “por vezes sinto-me um pouco cansada”*).
- Dificuldades de ordem emocional (e.g. *“tenho dificuldade em aceitar esta situação”, “custa-me a desorientação do meu marido”, “ver que a situação dela está a piorar”, “custa-me vê-lo a sofrer tanto”, “Tenho mais dificuldade em dormir porque estou mais preocupada”*).

- Dificuldades relacionais com o idoso (e.g. “Lidar com o feitio do meu marido”, “Fazer com que ela faça o que eu quero”, “Ele muitas vezes não quer entender aquilo que lhe digo”).
- Dificuldades económicas (e.g. “dificuldades financeiras”, “tenho dificuldade em ajudá-la com algum dinheiro para medicação”, “gastar muito dinheiro em fraldas e medicamentos”, “se tivesse mais dinheiro podia ter alguém para me ajudar”).
- Restrições na vida pessoal e social (e.g. “Conseguir arranjar tempo para mim”, “dificuldade em conciliar os cuidados com a minha vida pessoal e social”, “sinto falta de privacidade”, “falta de liberdade”, “não tenho tempo para sair com amigos”, “fazer férias é o mais complicado”).
- Falta de apoio (e.g. “não ter apoio de ninguém”, “Sair e ficar preocupado com a sua segurança por não estar lá ninguém”, “não ter com quem partilhar os cuidados prestados à minha mãe”, “não ter ajuda da família”).
- Falta de conhecimentos para cuidar (e.g. “falta de conhecimentos para melhor cuidar, ex. fazer penso”, “não saber como ajudar mais”, “não tenho conhecimentos”, “não saber muitas vezes como agir”).
- Falta de disponibilidade (e.g. “conseguir tempo para dar todo o apoio que necessita”, “tenho dificuldade em dedicar-lhe mais tempo”, “disponibilidade”).
- Outras dificuldades (e.g. “não tenho muito jeito, nunca fui habituado a isto”, “Estar no activo”, “dificuldade em encontrar quem queira cuidar de idosos”, “por enquanto não tenho sentido grandes dificuldades, talvez o problema maior seja não saber com o que posso contar”).

Pela leitura do Gráfico n.º5, podemos constatar que as *dificuldades de ordem física* e as *restrições da vida pessoal e social* são as referidas por um maior número de cuidadores, 51,8% e 39,9% respectivamente. No que respeita às restantes dificuldades,

19,6% dos inquiridos referem *dificuldades de ordem emocional e dificuldades relacionais com o idoso*, 16,1% dos cuidadores apontam *dificuldades económicas, falta de apoio e falta de disponibilidade*. Com uma percentagem menor surge a *falta de conhecimentos para cuidar*, sendo uma dificuldade considerada por 7,1% dos cuidadores, enquanto 5,4% referem ainda *outras dificuldades*.

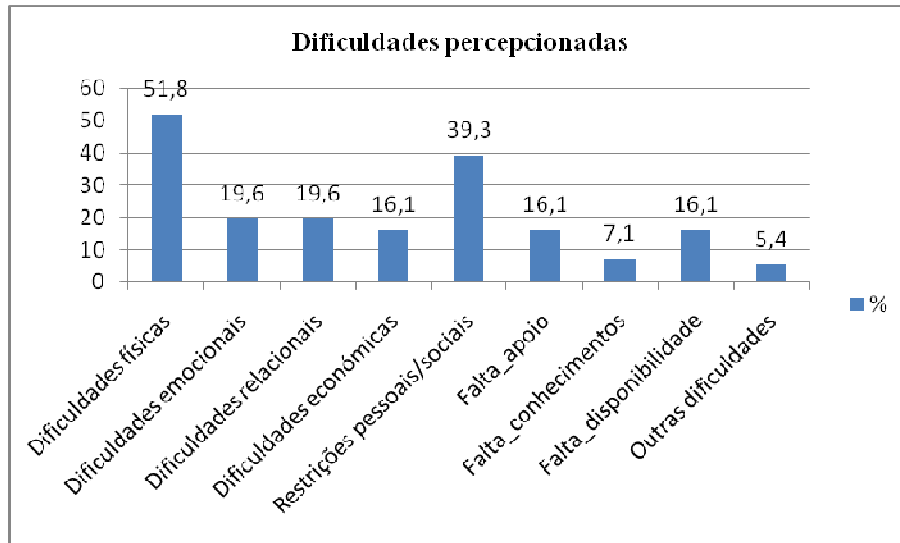


Gráfico n.º5- Tipo de dificuldades percebidas pelos cuidadores ao cuidarem

Quando fazemos a distribuição das dificuldades por género, verificamos, através do gráfico n.º 6 que os homens têm mais dificuldades de ordem física (66,7%) e mais restrições a nível pessoal e social (46,3%) do que as mulheres (46,7% e 34,1% respectivamente). Já as mulheres são as únicas a apontar a falta de apoio (22%) e também têm mais dificuldades emocionais (24,4%) em comparação com os homens (6,7%).

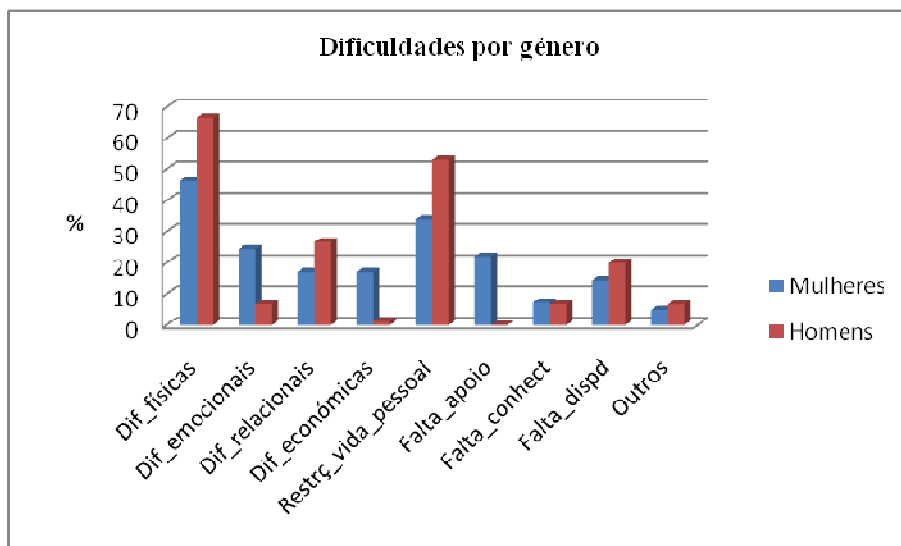


Gráfico n.º6- Dificuldades percebidas, segundo o género.

No que respeita às dificuldades, por grupo etário, constatamos, pela leitura do gráfico n.º7 que na generalidade é o grupo com 65 e mais anos que manifesta mais dificuldades, destacando-se dos outros grupos principalmente ao nível das dificuldades de ordem física e das dificuldades relacionais, embora estas com menos visibilidade. De realçar também que o grupo de 32-49 anos é o que mais refere restrições da vida pessoal e social.

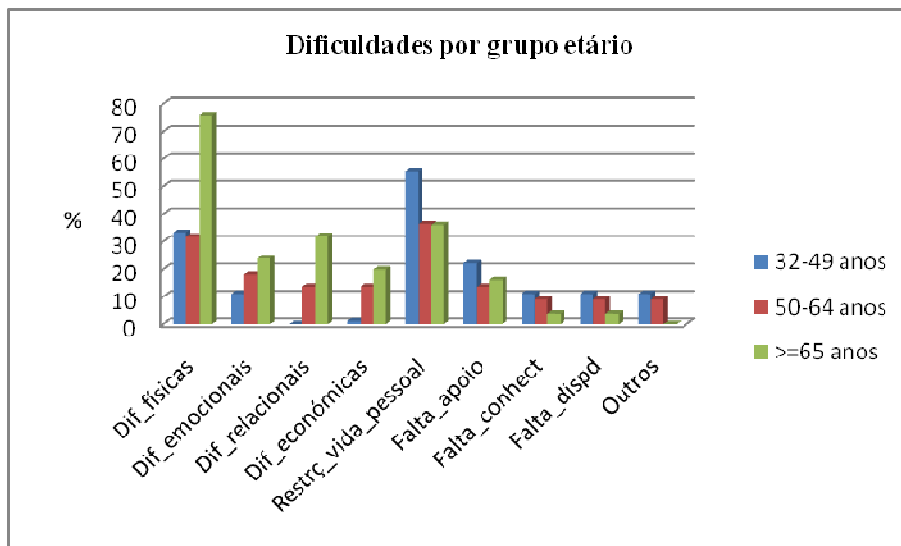


Gráfico n.º7- Dificuldades percebidas, segundo o grupo etário

Com o objectivo de percebermos se existe interferência das **variáveis sócio-demográficas do cuidador e de contexto de prestação de cuidados**, na percepção de dificuldades pelos cuidadores, procuramos verificar, através de testes não paramétricos (teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Walis) por se rejeitar a normalidade da distribuição das variáveis em estudo, a existência de diferenças no número de dificuldades apontadas, em função das diversas variáveis.

Os resultados apontam para algumas diferenças, nomeadamente, segundo a idade, a actividade profissional, a duração da prestação de cuidados, o apoio familiar e o apoio profissional.

No que respeita à idade, através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, observa-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre a idade e o número de dificuldades percebidas (Quadro nº 8). No entanto, quando se procede à análise segundo os grupos etários, não se verificam diferenças significativas entre estes.

Quadro n.º 8

Correlação entre a idade e o número de dificuldades percebidas

Nº de dificuldades percebidas	
Idades (anos)	0,270
p	0,044*

Nota: *p<0,05; **p<0,01.

Relativamente à **actividade profissional** verificou-se diferença significativa entre os dois grupos ($z(56) = -2,310$; $p=0,021$), tendo em conta que o grupo dos cuidadores não activos perceberam um maior número de dificuldades relacionadas com cuidar em comparação com os cuidadores que exercem uma actividade profissional (quadro n.º9).

Quadro n.º 9

Diferença nas médias das dificuldades percebidas, segundo a actividade profissional

	Activos (n=16)		Não activos (n=40)		<i>z</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Dificuldades (N=56)	1,81	0,834	2,38	0,740	-2,310	0,021*

Nota: *p<0,05; **p<0,01.

Em termos da **duração dos cuidados prestados**, também se verificam diferenças significativas ($X^2(56) = 9,403$; $p=0,024$) no que respeita às dificuldades percebidas, com o grupo que cuida há cerca de 1-3 anos a apresentar mais dificuldades em comparação com o grupo que cuida há cerca de 6 meses a 1 ano.

No que se refere às dificuldades percebidas tendo em conta a variável **apoio da família**, os resultados indicam diferenças entre os grupos ($z(56) = -2,119$; $p=0,034$), sendo o grupo sem apoio familiar que refere um maior número de dificuldades.

Encontramos panorama similar, quando analisamos os resultados referentes ao **apoio profissional** e se verifica diferença significativa entre os grupos ($z(56) = -2,279$; $p=0,023$), na medida em que o grupo que refere não ter esse apoio é também o que percebe mais dificuldades.

19. Satisfação com o Suporte social

Para avaliar a satisfação dos cuidadores informais com o suporte social, utilizamos a Escala de satisfação de suporte social (Ribeiro, 1999), designada por ESSS.

No sentido de conhecermos a satisfação com o suporte social nos cuidadores informais de idosos dependentes, e conforme se apresenta no quadro n.º 10 foi calculada a amplitude, bem como a média e o desvio-padrão nos diferentes domínios propostos pelo autor e na escala total. Para facilitar a análise dos resultados para cada sub-escala foi, ainda, calculado o score médio, ou seja, o somatório da sub-escala foi dividido pelo n.º de itens aplicáveis.

Quadro n.º 10

Média, desvio padrão, amplitude e score médio das diferentes sub-escalas da ESSS

	Nº de itens	Amplitude	M	DP	Score médio
Sub-escalas					
Satisfação com amigos	5	5,00-25,00	15,88	4,39	3,2
Intimidade	4	4,00-20,00	13,50	4,56	3,4
Satisfação com a família	3	3,00-15,00	10,54	2,92	3,5
Actividades sociais	3	3,00-15,00	7,93	2,72	2,6
ESSS total (N=56)	15	15,00-75,0	47,64	11,48	3,2

A análise dos resultados permite-nos inferir que os elementos da amostra se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte da família o que lhes dá maior satisfação. Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o suporte íntimo e com o apoio dos amigos, e pelo contrário pouco satisfeitos com as actividades sociais.

Relativamente aos resultados da ESSS, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas dos cuidadores, compararam-se as médias, de acordo com o género, o grupo etário, utilizando para isso testes paramétricos, nomeadamente, o teste t student e a análise de variância (ANOVA), dado que a distribuição nas variáveis independentes não se desvia significativamente da curva normal. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre os diferentes grupos.

20. Estratégias de Coping utilizadas pelos cuidadores informais

Neste ponto, procuramos conhecer a forma como cada cuidador lida com as dificuldades percebidas. Neste sentido, utilizou-se o CAMI (Carers' Assessment of Managing Index), na versão portuguesa de João Barreto e Luísa Brito (2000), do qual se passa a apresentar os resultados obtidos.

De acordo com o quadro n.º11 quanto ao CAMI total, verificamos que os cuidadores apresentam uma pontuação com uma média de 85,27 e com um desvio padrão de 17,07. De um modo geral, a categoria “*Lidar com acontecimentos/resolução de problemas*” apresenta a média ponderada mais alta (2,6), com desvio padrão de 8,38, enquanto a categoria “*Lidar com sintomas de stress*” apresenta uma média ponderada mais baixa relativamente às outras (1,7) com desvio padrão de 4,25.

Quadro n.º 11

Média, desvio padrão, média ponderada do CAMI e categorias

	Nº de itens	M	DP	Média ponderada
Categorias				
Resolução de problemas	14	36,88	8,38	2,6
Percepções alternativas do problema	15	33,29	7,59	2,3
Lidar com sintomas de stress	9	15,11	4,25	1,7
CAMI total (N=56)	38	85,27	17,07	2,2

Numa primeira abordagem analisamos, por um lado, as estratégias de coping que, no geral da escala, são mais utilizadas e consideradas eficazes e, por outro lado, as estratégias de coping que são menos utilizadas pelos cuidadores.

Assim, pela leitura do Quadro n.º12, verificamos que os cuidadores inquiridos utilizam e consideram eficazes diversas estratégias de coping. De entre as estratégias mais apontadas, destacamos 11 que são utilizadas e considerada eficazes por mais de 75% dos cuidadores:

- *Viver um dia de cada vez (91%)*
- *Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está (87,5%)*
- *Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível (87,5%)*
- *Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais (87,5%)*
- *Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte (85,8%)*
- *Aceitar a situação tal qual ela é (85,7%)*
- *Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução (78,6%)*
- *Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação (78,5%)*
- *Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível (78,2%)*
- *Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes (76,8%)*
- *Pensar que ninguém tem culpa da situação (76,8%)*

Por outro lado, existem estratégias que mais de 75% dos cuidadores simplesmente não adoptam ou se adoptam, não consideram que sejam eficazes, destas destacam-se:

- *Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante (98,2%)*
- *Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes (92,9%)*
- *Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe (92,9%)*
- *Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género (89,3%)*
- *Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras (83,9%)*
- *Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico (82,1%)*
- *Cerrar os dentes e continuar (80,3%)*
- *Ver o lado cómico da situação (78,6%)*
- *Pensar que a situação está agora melhor do que antes (75%)*

Quadro n.º 12

CAMI – valores apresentados pelos cuidadores em cada item (%)

	Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo.	35,7	-	51,8	12,5
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante.	85,7	12,5	1,8	-
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio.	35,7	1,8	39,3	23,2
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a).	48,2	-	33,9	17,9
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer.	35,7	-	58,9	5,4
6	Ver o lado cómico da situação.	76,8	1,8	19,6	1,8
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu.	39,3	-	50,0	10,7
8	Cerrar os dentes e continuar.	73,2	7,1	19,6	-
9	Recordar todos os bons momentos.	35,7	-	53,6	10,7
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	44,6	1,8	39,3	14,3
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está.	7,1	5,4	64,3	23,2
12	Viver um dia de cada vez.	8,9	-	57,1	33,9
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder.	33,9	3,6	28,6	33,9
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa	8,9	1,8	57,1	21,1

	quanto possível.				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	12,5	-	60,7	26,8
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	69,6	5,4	16,1	8,9
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	10,7	1,8	42,9	44,6
18	Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução.	21,4	-	60,7	17,9
19	Chorar um bocado.	44,6	7,1	39,3	8,9
20	Aceitar a situação tal qual ela é.	12,5	1,8	69,6	16,1
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante.	51,8	3,6	39,3	5,4
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe.	87,5	5,4	7,1	-
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	28,6	-	58,9	12,5
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas.	35,7	3,6	35,7	25
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação.	21,4	-	57,1	21,4
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	62,5	3,6	28,6	5,4
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções.	58,9	5,4	30,4	5,4
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	85,7	3,6	8,9	1,8
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.	26,8	-	51,8	21,4
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	14,3	-	67,9	17,9
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes.	23,2	-	60,7	16,1
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	51,8	1,8	35,7	10,7
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	57,1	3,6	37,5	1,8
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação.	16,1	7,1	58,9	17,9
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico.	82,1	-	12,5	5,4
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	92,9	-	5,4	1,8
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras.	83,9	-	16,1	-
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa.	35,7	-	46,4	17,9

Analisando as estratégias utilizadas pelos cuidadores de acordo com as três categorias propostas pelo autor (Nolan *et al.*, 1996, 1998), verificamos que das estratégias que foram utilizadas e consideradas eficazes por mais de 75% dos cuidadores seis (6) estão relacionadas com acções, tendo em vista o *lidar com os acontecimentos* e

a *resolução de problemas*, e cinco (5) com a procura de *percepções alternativas* sobre as situações.

Por outro lado, das estratégias que não foram adoptadas ou não são consideradas eficazes por mais de 75% dos cuidadores cinco (5) estão relacionadas com formas de *lidar com os sintomas de stress* e quatro (4) com *percepções alternativas sobre as situações*.

Categoria: Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas

As estratégias incluídas nesta categoria foram, segundo os dados obtidos, consideradas como mais eficazes em situações difíceis. Das 14 estratégias, 6 foram consideradas como eficazes por mais de 75% dos cuidadores e, das restantes, 7 foram consideradas eficazes por mais de 53,6%. Apenas a estratégia “*Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela*” apresenta uma percentagem substancialmente inferior, sendo apenas adoptada e considerada eficaz por 39,3% dos cuidadores.

As estratégias que foram apontadas como mais eficazes, nesta categoria, foram:

- “*modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível*”(87,5)
- “*obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais*” (87,5%)
- “*Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte*”(85,8%)

Da análise das médias obtidas por item (através do teste de Mann-Whitney), relativas às estratégias utilizadas pelos cuidadores e que integram a categoria *lidar com os acontecimentos/resolução de problemas*, segundo o **género**, constata-se que as mulheres fazem uma maior utilização ou têm melhor percepção da sua eficácia comparativamente com os homens na estratégia 3, enquanto que os homens fazem uma maior utilização ou têm melhor percepção da sua eficácia na estratégia 17 (Quadro n.º 13).

Nas outras estratégias não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres.

Quadro n.º 13

Diferenças nas médias obtidas por item, segundo o género

N.º	Estratégia	Género	M	DP	z
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio.	Mulheres	2,73	1,09	z(56)=-2,118 p=0,034
		Homens	1,87	1,30	
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	Mulheres	3,07	0,93	z(56)=-2,405 p=0,016
		Homens	3,60	0,82	

Da análise das médias obtidas por item, segundo o grupo etário, verifica-se, através do teste de Kruskal-Wallis, que existem diferenças significativas nas estratégias 10, 15, 18, 23, 29, 30 e 33 (Quadro n.º 14). As diferenças situam-se entre o grupo etário mais jovem e o grupo com mais idade e sugerem que os cuidadores mais novos utilizam mais ou têm uma melhor percepção da sua eficácia nestas estratégias comparativamente aos cuidadores com mais idade.

Quadro n.º14

Diferenças nas médias obtidas por item, segundo o grupo etário

N.º	Estratégia	Grupo etário	M	DP	X ²
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.	32-49 anos	3,11	0,92	X ² (56)=17,467 p=0,000
		50-64 anos	2,68	1,12	
		>=65 anos	1,52	0,87	
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível.	32-49 anos	3,23	0,97	X ² (56)=6,260 p=0,041
		50-64 anos	3,22	0,86	
		>=65 anos	2,76	0,83	
18	Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução.	32-49 anos	3,44	0,52	X ² (56)=13,445 p=0,001
		50-64 anos	3,05	0,78	
		>=65 anos	2,24	1,05	
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	32-49 anos	3,33	0,50	X ² (56)=13,363 p=0,001
		50-64 anos	2,82	0,95	
		>=65 anos	2,04	1,02	
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.	32-49 anos	3,56	0,52	X ² (56)=13,962 p=0,001
		50-64 anos	2,95	0,89	
		>=65 anos	2,12	1,13	
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	32-49 anos	3,22	0,97	X ² (56)=10,868 p=0,004
		50-64 anos	3,18	0,66	

		>=65 anos	2,52	0,87	
		32-49 anos	2,44	0,88	
33	Ser firme com a pessoa de quem cuida e fazer-lhe ver o que espero dela.	50-64 anos	1,95	1,09	X ² (56)=6,223 p=0,045
		>=65 anos	1,52	0,87	

Categoria: Percepções alternativas sobre a situação

De acordo com os dados obtidos, das 15 estratégias que fazem parte desta categoria, 8 foram consideradas eficazes por mais de 60% dos cuidadores, enquanto as restantes não foram adoptadas ou foram consideradas ineficazes por mais de 66%.

As estratégias apontadas como mais eficazes foram “viver um dia de cada vez”(91%), “Pensar que a pessoa de quem cuida não tem culpa da situação em que está” (87,5%) e “aceitar a situação tal qual ela é” (85,7%).

Por outro lado, das estratégias menos utilizadas/consideradas ineficazes destacam-se “fazer como se o problema não existisse” (92,9%), “cerrar os dentes e continuar” (80,3%) e “ver o lado cómico da situação” (78,6%).

Relativamente às diferenças de médias nas diferentes estratégias que integram esta categoria (*Percepções alternativas sobre a situação*), segundo o **género**, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas em 3 itens (24, 26, 32):

- *Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas*, em que as mulheres apresentam pontuações com M=2,90 (DP=1,01) e os homens pontuações com M=1,40 (DP=1,05) com valores de $z(56)=-3,758$; $p=0,000$.
- *Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento*, em que as mulheres têm pontuações com M=1,95 (DP=1,09) e os homens pontuações com M=1,27 (DP=0,70), com valores de $z(56)=-2,216$; $p=0,027$.
- *Procurar ver o que há de positivo em cada situação*, com as mulheres a apresentar pontuações com M=2,24 (DP=1,17) e os homens pontuações com M=2,05 (DP=0,91), com valores de $z(56)=-2,060$; $p=0,039$.

Estes resultados sugerem que são as mulheres que utilizam mais estas estratégias ou têm uma melhor percepção da sua eficácia comparativamente aos homens.

No que se refere à **idade**, também se verificam diferenças estatisticamente significativas em algumas das estratégias desta categoria (quadro n.º 15). Estas diferenças verificam-se essencialmente entre o grupo mais jovem (32-49 anos) e o grupo com mais idade (≥ 65 anos), sugerindo que são os mais jovens que utilizam mais estas estratégias ou têm uma melhor percepção da sua eficácia comparativamente ao grupo com mais idade.

Quadro n.º15

Diferenças nas médias obtidas por item, segundo o grupo etário

N.º	Estratégia	Grupo etário	M	DP	X ²
6	Ver o lado cómico da situação.	32-49 anos	2,33	1,00	X ² (56)=12,440 p=0,002
		50-64 anos	1,45	0,91	
		≥ 65 anos	1,16	0,55	
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes.	32-49 anos	2,44	1,23	X ² (56)=8,862 p=0,012
		50-64 anos	1,68	0,99	
		≥ 65 anos	1,32	0,90	
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação.	32-49 anos	3,67	0,50	X ² (56)=15,450 p=0,000
		50-64 anos	2,95	0,89	
		≥ 65 anos	2,32	1,03	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	32-49 anos	2,78	1,09	X ² (56)=10,159 p=0,006
		50-64 anos	1,73	1,03	
		≥ 65 anos	1,44	0,82	
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	32-49 anos	3,11	0,60	X ² (56)=24,362 p=0,000
		50-64 anos	2,55	1,14	
		≥ 65 anos	2,05	1,15	

Categoria: Lidar com sintomas de stress

As estratégias relacionadas com formas de lidar com os sintomas de stress são as menos utilizadas pelos cuidadores inquiridos, tendo em conta que, das 9 estratégias desta categoria, apenas 4 são utilizadas e consideradas eficazes por uma percentagem de cuidadores que se situa entre os 44,7% e os 64,3%. Das estratégias eficazes, destacam-se: “*dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa*” (64,3%) e “*reservar algum tempo livre para mim*” (51,8%).

Por outro lado, verifica-se que existem algumas estratégias que habitualmente são pouco ou não são utilizadas pelos cuidadores inquiridos, como: “*descarregar a*

tensão, falando alto, gritando ou coisa semelhante” (98,2%), *“reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes”* (92,9%), *“Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do gênero”* (89,3%), *“usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras”* (83,9%) e *“descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico”* (82,1%).

Relativamente às diferenças de médias nas diferentes estratégias que integram esta categoria (*Lidar com sintomas de stress*), segundo o **gênero**, constata-se que existe diferença estatisticamente significativa numa única estratégia:

- *Chorar um bocado*, com as mulheres a apresentarem uma pontuação com $M=2,44$ ($DP=1,05$) e os homens uma pontuação com $M=1,27$ ($DP=0,70$), com valores de $z(56)=-3,563$; $p=0,000$. Assim, esta é uma estratégia mais adoptada pelas mulheres comparativamente aos homens.

No que se refere à **idade**, os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas na estratégia:

- *Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)*, com o grupo 32-49 anos a apresentar uma pontuação com $M=2,89$ ($DP=1,16$) e o grupo ≥ 65 anos uma pontuação com $M=1,76$ ($DP=1,16$), com valores de $X^2=6,715$; $p=0,035$, o que sugere que esta é uma estratégia mais utilizada ou considerada mais eficaz pelos cuidadores mais jovens.

Outras estratégias utilizadas com eficácia

No âmbito do espaço existente (no final do CAMI) para referência de estratégias que o cuidador utilize com eficácia, para além das referidas no CAMI, verifica-se que apenas **8 dos inquiridos** acrescentaram outras estratégias que utilizam com eficácia para superar as suas dificuldades. As estratégias referidas pelos cuidadores foram:

- *“Tentar fazer o meu melhor para ficar com a consciência tranquila”;*
- *“Desabafar com o meu marido, que é a pessoa dependente e é ele que me costuma animar e ajudar”;*
- *“Passar bons momentos em família”;*
- *“Contar com o apoio dos meus familiares”;*
- *“Recordar os velhos tempos e aceitar que a vida é mesmo assim”;*

- *“Pedir ajuda ao meu irmão”;*
- *“Passar algum tempo com os meus netos”;*
- *“Englobo a pessoa de quem cuido na minha vida”.*

21. Sobrecarga dos cuidadores informais

Para a avaliação da sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal, utilizamos o Questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais (QASCI) de Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

De acordo com o Quadro n.º16, relativamente ao total da escala, constatamos que os cuidadores apresentam uma pontuação com uma média de 80,32 e com um desvio padrão de 21,65, podendo inferir-se que no global os cuidadores apresentam níveis médios de sobrecarga.

Para facilitar a análise dos resultados para cada sub-escala, foi calculado o score médio, ou seja, o somatório da sub-escala foi dividido pelo n.º de itens aplicáveis. Assim, quando se analisa a sobrecarga física, emocional e social ao nível das dimensões verifica-se que a dimensão que assume o valor mais elevado (indicativo de sobrecarga) é Percepção de mecanismos de eficácia e controlo, que corresponde a uma dimensão positiva do QASCI (na qual as pontuações foram invertidas correspondendo pontuações mais elevadas a maior sobrecarga). Logo em seguida surgem as dimensões Implicações na vida pessoal e sobrecarga emocional (dimensões negativas do QASCI). O domínio com pontuação mais baixa e portanto indicativa de menor sobrecarga é o suporte familiar que corresponde às dimensões positivas do QASCI.

Quadro n.º 16

Média, desvio-padrão e amplitude e score médio do QASCI e dimensões

	N.º itens	Amplitude	M	DP	Score médio
Dimensões					
Sobrecarga emocional	4	4-20	10,27	3,73	2,6
Implicações na vida pessoal	11	11-55	29,77	9,41	2,7
Sobrecarga financeira	2	2-10	4,52	2,18	2,3
Reacções a exigências	5	5-25	10,50	3,96	2,1
Mecanismo de eficácia e controlo	3	3-15	8,70	2,59	2,9
Suporte familiar	2	2-10	5,39	2,62	1,8
Satisfação com o papel e com o familiar	5	5-25	11,18	3,68	2,2
QASCI Total (N=56)	32	32-160	80,32	21,65	2,5

Relativamente aos resultados do QASCI, tal como temos vindo a fazer em relação às outras variáveis, compararam-se as médias obtidas no QASCI total e nas suas dimensões, através de testes paramétricos (teste t de student e ANOVA), em função das diversas variáveis sócio-demográficas e de contexto estudadas, tendo-se encontrado diferenças significativas relativamente à idade, à situação profissional, à duração da prestação de cuidados, ao apoio da família e ao apoio profissional.

Tendo em conta a variável género, os resultados apresentados no quadro n.º 17 mostram que a média obtida pelas mulheres em relação ao QASCI total e nas suas dimensões é, no geral, superior à média apresentada pelos homens, pelo que se supõe que a mulheres tenderão a apresentar um maior sobrecarga que os homens. Contudo, através do teste t de student, não se verificaram diferenças significativas nas médias obtidas pelos dois grupos.

Quadro n.º 17

Diferença nas médias do QASCI total e das suas dimensões, segundo o género

QASCI total e categorias	Mulheres (n=41)		Homens (n=15)		t	p
	M	DP	M	DP		
QASCI total	82,19	23,07	75,20	16,81	1,072	0,288
SE	10,68	3,92	9,13	2,97	1,387	0,171
IVP	30,58	10,3	27,53	5,86	1,076	0,287
SF	4,68	2,28	4,06	1,87	0,935	0,354
RE	10,82	4,03	9,6	3,75	1,028	0,308
PMEC	8,68	2,77	8,73	2,08	-0,064	0,949
SupF	5,68	2,71	4,60	2,22	1,381	0,173
SPF	11,04	3,72	11,53	3,64	-0,433	0,667

Nota: *p<0,05; **p<0,01. Legenda: QASCI – questionário de avaliação da sobrecarga de cuidadores informais; SE – sobrecarga emocional; IVP – implicações na vida pessoal; SF – sobrecarga financeira; RE – reacções a exigências; PMECC – percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SupF – suporte familiar; SPF – satisfação com o papel e familiar.

Através da análise de variância (ANOVA) entre as pontuações obtidas no QASCI Total e dimensões, por grupos de idades, verificou-se, de acordo com o quadro n.º 18, a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas em duas das dimensões positivas do QASCI, *Percepção de Mecanismo de Eficácia e Controlo* (PMEC), ($F(56) = 5,467$; $p = 0,007$) e *Satisfação com o papel e familiar* (SPF) ($F(56) = 5,401$; $p = 0,007$).

Quadro n.º 18

Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o grupo etário

QASCI e dimensões	32-49 anos (n=9)		50-54 anos (n=22)		≥65 anos (n=25)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
QASCI	78,44	28,89	73,95	20,48	86,60	18,69	2,119	0,130
SE	10,22	4,63	9,73	3,61	10,76	3,58	0,439	0,647
IVP	30,78	12,04	27,27	10,25	31,60	7,28	1,314	0,277
SF	4,44	2,96	3,73	2,07	5,24	1,76	3,024	0,57
RE	11,44	4,42	9,82	3,72	10,76	4,06	0,626	0,539
PMEC	7,00	2,78	8,14	2,71	9,80	1,94	5,467	0,007**
SupF	5,67	3,12	4,95	2,49	5,68	2,59	0,498	0,610
SPF	8,89	3,10	10,32	3,48	12,66	3,45	5,401	0,007**

Nota: *p<0,05; **p<0,01. Legenda: QASCI – questionário de avaliação da sobrecarga de cuidadores informais; SE – sobrecarga emocional; IVP – implicações na vida pessoal; SF – sobrecarga financeira; RE – reacções a exigências; PMECC – percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SupF – suporte familiar; SPF – satisfação com o papel e familiar.

O Post-Hoc através do Tukey (quadro n.º 19) para a dimensão P MEC revela diferenças significativas entre o grupo de cuidadores com idade igual ou superior a 65 anos e o grupo 32 a 49 anos ($p = 0,011$), com o grupo com mais idade a apresentar maiores valores, o que corresponde a uma menor percepção dos mecanismos de eficácia e controlo. Na dimensão SPF existem diferenças significativas entre o grupo ≥ 65 anos e o grupo 32-49 anos e entre o grupo ≥ 65 anos e o de 50-64 anos, com o grupo com mais idade a apresentar também os valores mais elevados, o que sugere que os cuidadores mais velhos têm uma menor satisfação com o papel e o familiar.

Quadro n.º 19

Teste Post-Hoc (Tukey) para as variáveis P MEC e SPF

			Diferença entre médias	p
P MEC	≥ 65 anos	32-49 anos	2,80	0,011*
SPF	≥ 65 anos	32-49 anos	3,87	0,014*
		50-64anos	2,44	0,046**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Legenda: P MEC – percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SPF – satisfação com o papel e o familiar.

Ao efectuar a comparação dos valores obtidos no QASCI e nas suas dimensões, através do teste t de student, considerando dois grupos, os indivíduos casados ($n=46$) e os não casados ($n=10$) não foram encontradas quaisquer diferenças com significado estatístico.

Relativamente à situação profissional, tendo os cuidadores da amostra sido agrupados em activos (activos, estudantes) e não activos (reformados, desempregados, domésticos/nunca trabalhou), verificou-se, através do teste t de student, e conforme os dados do Quadro n.º 20, que existem diferenças significativas ao nível de algumas dimensões do QASCI, nomeadamente, *Sobrecarga financeira* ($t(56) = -2,768$; $p = 0,008$), *Percepção de mecanismos de eficácia e controlo* ($t(56) = -2,662$; $p = 0,010$) e *Satisfação com o papel e familiar* ($t(56) = -2,802$; $p = 0,007$), apresentando valores mais elevados, logo maior sobrecarga, o grupo dos não activos. Nas restantes dimensões não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Relativamente ao QASCI total, apesar da diferença encontrada entre as médias dos dois grupos não ser estatisticamente significativa, mas por se aproximar bastante do nível de significância ($t(56) = -2,009$, $p = 0,050$), os dados parecem sugerir que os cuidadores não activos tendem a apresentar em termos globais uma maior sobrecarga do que aqueles que exercem uma actividade profissional.

Quadro n.º 20

Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo a situação profissional

QASCI Total e Dimensões	Activos (n=16)		Não activos (n=40)		t	p
	M	DP	M	DP		
QASCI total	71,37	23,25	83,9	20,18	-2,009	0,050
Sobrecarga emocional (SE)	9,25	3,80	10,67	3,67	-1,298	0,200
Implicações na vida pessoal (IVP)	28,06	11,53	30,45	8,49	-0,856	0,396
Sobrecarga financeira (SF)	3,31	2,60	5,00	1,81	-2,768	0,008**
Reacções a exigências (RE)	9,44	4,03	10,92	3,91	-1,276	0,207
Mecanismo de eficácia e controlo (PMEC)	7,31	2,12	9,25	2,58	-2,662	0,010*
Suporte familiar (SupF)	4,87	2,28	5,60	2,74	-0,935	0,354
Satisfação com papel e familiar (SPF)	9,12	2,99	12,00	3,64	-2,802	0,007**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

No que diz respeito à relação de parentesco, quando se comparam os resultados do QASCI, através da ANOVA, considerando as filhas(os), esposas (os), irmão/irmão e outros, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos de cuidadores.

Com o objectivo de estudar diferenças existentes no QASCI e nas suas dimensões em função da duração da situação da prestação de cuidados, efectuou-se uma análise de variância (ANOVA).

Através do quadro n.º 21 verifica-se que, em termos do QASCI total não existem diferenças significativas tendo em conta a duração da situação da prestação de cuidados. No entanto, encontraram-se diferenças significativas nas médias dos grupos em estudo

no que respeita à dimensão *Implicações na vida pessoal* (IVP) e à dimensão *Percepção de mecanismos de eficácia e controlo* (PMEC). Ao efectuar-se o teste de tukey verifica-se que as diferenças encontradas ao nível da dimensão IVP, refere-se aos grupos 6meses-1ano e 1-3 anos, em que este último apresenta uma média mais alta comparativamente ao primeiro, logo maior sobrecarga.

No que respeita à dimensão PMEC, verificam-se diferenças entre os grupos, em que a média mais elevada corresponde aos cuidadores que têm menos tempo de prestação de cuidados (< 6 meses) e as médias mais baixas são verificadas nos cuidadores que prestam cuidados à cerca de 6 meses-1ano e nos cuidadores há mais de 3 anos. Uma outra diferença encontrada diz respeito aos cuidadores que cuidam há cerca de 1-3 anos e os que cuidam há mais de 3 anos, em que a média mais alta corresponde aos cuidadores que cuidam há menos tempo, comparativamente aos que cuidam há mais tempo, o que sugere que cuidadores com mais tempo de prestação de cuidados têm uma maior percepção de mecanismos de eficácia e controlo.

Quadro n.º 21

Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo a duração da prestação de cuidados

Dimensões QASCI	< 6 meses (n=12)		6m-1ano (n=9)		1-3anos (n=17)		> 3 anos (n=18)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
	QASCI	82,92	21,56	67,89	21,85	89,29	17,25	76,33		
SE	10,67	3,98	8,00	3,24	11,70	3,39	9,78	3,73	2,237	0,095
IVP	29,92	7,11	23,67	8,06	33,88	6,49	28,88	12,07	2,960	0,041*
SF	3,83	1,85	4,22	1,92	5,41	2,00	4,28	2,54	1,513	0,222
RE	9,75	4,54	9,67	4,24	11,64	3,57	10,33	3,86	0,751	0,527
PMEC	10,25	1,86	7,11	2,89	9,65	1,99	7,55	2,55	5,605	0,002**
SupF	5,83	2,17	5,33	3,60	4,59	2,53	5,89	2,45	0,858	0,469
SPF	12,67	3,26	9,89	3,18	12,41	3,86	9,67	3,43	2,960	0,061

Nota: *p<0,05; **p<0,01. Legenda: QASCI – questionário de avaliação da sobrecarga de cuidadores informais; SE – sobrecarga emocional; IVP – implicações na vida pessoal; SF – sobrecarga financeira; RE – reacções a exigências; PMEC – percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SupF – suporte familiar; SPF – satisfação com o papel e familiar.

Relativamente à coabitação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre quem coabita com o idoso e quem não habita.

Com o objectivo de verificar diferenças existentes no QASCI e nas suas dimensões tendo em conta o apoio da família, efectuou-se o teste t de student.

Os resultados, apresentados no Quadro n.º 22, mostram que existem diferenças estatisticamente significativas para QASCI total todas as suas dimensões, apresentando valores mais elevados, logo maior sobrecarga, o grupo de cuidadores que não se sente apoiado pela família.

Quadro n.º 22

Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o apoio familiar

QASCI Total e Dimensões	SIM (n=35)		Não (n=21)		t	p
	M	DP	M	DP		
QASCI total	71,46	18,59	95,09	18,31	-4,632	0,000***
Sobrecarga emocional (SE)	9,23	3,29	12,00	3,86	-2,854	0,006**
Implicações na vida pessoal (IVP)	27,00	8,64	34,38	8,99	-3,048	0,004**
Sobrecarga financeira (SF)	3,77	2,04	5,76	1,84	-3,657	0,001**
Reacções a exigências (RE)	9,66	3,76	11,90	3,99	-2,119	0,039*
Mecanismo de eficácia e controlo (PMEC)	7,86	2,33	10,09	2,45	-3,417	0,001**
Suporte familiar (SupF)	3,77	1,68	8,09	1,34	-10,020	0,000***
Satisfação com papel e familiar (SPF)	10,17	3,34	12,86	3,66	-2,805	0,007**

Nota: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

No que se refere ao apoio profissional, através dos resultados do teste t de student, apresentados no Quadro n.º 23, verifica-se que existem diferenças significativas entre as médias das pontuações obtidas no QASCI total e em algumas das suas dimensões, em relação ao grupo dos cuidadores que sente apoio e ao grupo dos cuidadores que não sente apoio dos profissionais de saúde, sendo de referir que todas as médias mais altas correspondem a este último grupo.

Assim, os dados sugerem que os cuidadores que referiram não se sentir apoiados pelos profissionais de saúde apresentam uma maior sobrecarga no geral (QASCI total), assim como uma maior *sobrecarga emocional* (SE), maiores *implicações na vida pessoal* (IVP) e maior *sobrecarga financeira* (SF). Na dimensão *Suporte familiar*

(SupF), a diferença de médias sugere que os cuidadores que não sentem o apoio dos profissionais têm menos suporte familiar.

Quadro n.º 23

Diferença nas médias no QASCI total e nas suas dimensões, segundo o apoio profissional

QASCI Total e Dimensões	SIM (n=37)		Não (n=19)		t	p
	M	DP	M	DP		
QASCI total	73,67	18,77	93,26	21,46	-3,522	0,001**
Sobrecarga emocional (SE)	9,32	3,30	12,10	3,92	-2,797	0,007**
Implicações na vida pessoal (IVP)	26,92	8,47	35,31	8,82	-3,463	0,001**
Sobrecarga financeira (SF)	3,97	2,02	5,58	2,14	-2,759	0,008**
Reacções a exigências (RE)	9,78	3,69	11,89	4,19	-1,933	0,058
Mecanismo de eficácia e controlo (PMEC)	8,24	2,48	9,58	2,65	-1,866	0,068
Suporte familiar (SupF)	4,67	2,46	6,79	2,39	-3,071	0,003**
Satisfação com papel e familiar (SPF)	10,76	3,49	12,0	3,99	-1,202	0,234

Nota: *p<0,05; **p<0,01.

22. Satisfação com os cuidados prestados

Com este último item do conjunto de questionários, pretendeu-se avaliar a satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados.

Assim, de acordo com gráfico n.º 8, podemos constatar que a maioria dos cuidadores sente satisfação com os cuidados que presta, tendo em conta que 46,4% sentem-se satisfeitos, 21,4% estão muito satisfeitos e 12,5% referem estar completamente satisfeitos com os cuidados. Por outro lado, enquanto 8,9% se colocam na posição central da escala (nem insatisfeito e nem satisfeito), uma pequena percentagem de cuidadores referiu estar completamente insatisfeito (3,6%), muito insatisfeito (3,6%) ou insatisfeito (3,6%).

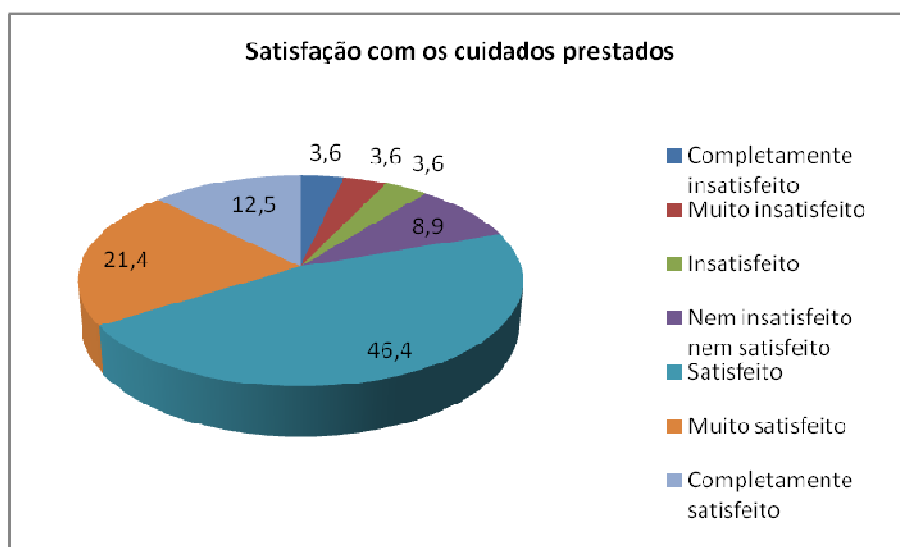


Gráfico n.º 8 – Satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados

No que se refere à satisfação com os cuidados prestados tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e de contexto, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Walis, devido à rejeição da normalidade da distribuição das variáveis em estudo, sendo que apenas foram encontradas diferenças nas médias da satisfação em função: do apoio da família e do apoio profissional.

Quanto à variável **apoio da família**, verificou-se a existência de diferença significativa relativamente à satisfação com os cuidados prestados entre os grupos considerados ($z(56) = -4,886$; $p=0,000$), com o grupo que sente mais apoio familiar a demonstrar uma maior satisfação com os cuidados prestados ao seu familiar (quadro n.º 24)

Quadro n.º 24

Diferença nas médias na satisfação com os cuidados prestados, segundo o apoio da família

	Com apoio (n=35)		Sem apoio (n=21)		z	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação	5,71	0,825	3,95	1,396	-4,886	0,000***

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

No que respeita à variável **apoio profissional**, também encontramos diferença significativa relativamente à satisfação com os cuidados prestados entre os grupos considerados ($z(56) = -2,324$; $p=0,020$), com o grupo que sente mais apoio profissional a demonstrar uma maior satisfação com os cuidados prestados ao idoso (quadro n.º 25)

Quadro n.º 25

Diferença nas médias na satisfação com os cuidados prestados, segundo o apoio profissional

	Com apoio (n=37)		Sem apoio (n=19)		z	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação	5,41	1,040	4,37	1,674	-2,324	0,020*

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

23. Relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/ satisfação

Para analisar o padrão de associação entre as variáveis sobrecarga física, emocional e social e o suporte social, apurou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre as diferentes componentes de cada uma das escalas. Relativamente às outras variáveis: CAMI, Dificuldades e satisfação foi apurado o coeficiente de correlação de Spearman.

Os resultados indicam uma correlação estatisticamente significativa forte mas negativa entre a satisfação com o suporte social e a sobrecarga. O valor global da ESSS correlaciona-se significativamente com todas as sub-escalas do QASCI, excepto com a satisfação com o papel e o familiar. As sub-escalas *Intimidade* e *Satisfação com a família* são as que apresentam correlações fortes com QASCI, sendo que esta última se correlaciona com todas as dimensões de QASCI. A sub-escala *satisfação com amigos* apresenta uma correlação moderada e significativa com o QASCI total, enquanto que a sub-escala *actividades sociais*, não se correlaciona com QASCI, nem com nenhuma das suas dimensões. Todas as correlações entre a ESSS e o QASCI são negativas em virtude de pontuações mais altas na ESSS indicarem maior satisfação com o suporte social, enquanto que no QASCI, pontuações mais altas sugerem situações de maior sobrecarga.

Por outro lado, a satisfação com o suporte social correlaciona-se positivamente e de forma estatisticamente significativa com a satisfação com os cuidados prestados, sendo de salientar as fortes correlações entre esta e as suas sub-escalas *satisfação com a família e intimidade*.

De salientar também a existência de correlações moderadas e negativas entre a satisfação com o suporte social no global, as suas sub-escalas satisfação com amigos, intimidade, suporte familiar com o n.º de dificuldades percebidas.

Em termos globais, os resultados indicam uma correlação moderada negativa entre CAMI e QASCI. A categoria *lidar com os acontecimentos/resolução de problemas*, é a única que se correlaciona significativamente com QASCI total e também com as suas dimensões, excepto com as dimensões implicações na vida pessoal e reacções a exigências, apresentando uma correlação forte com a dimensão *Percepção de mecanismos de eficácia e controlo* e correlações moderadas com as restantes dimensões.

De referir que CAMI total e todas as suas dimensões apresentam correlações negativas, na sua maioria fortes, com as dimensões positivas de QASCI: *Percepção de mecanismos de eficácia e controlo* (PMEC) e *Satisfação com o papel e com o familiar* (SPF).

A dimensão *sobrecarga emocional* (SE) correlaciona-se essencialmente com as categorias *lidar com os acontecimentos/resolução de problemas* e *Percepções alternativas da situação*. Enquanto que as dimensões *Sobrecarga financeira* (SF) e *Suporte familiar* (SupF) apenas se correlacionam com a dimensão *lidar com os acontecimentos/resolução de problemas*.

As correlações entre o CAMI e o QASCI são negativas em virtude de valores mais altos no CAMI indicarem uma percepção de maior eficácia na utilização de estratégias de coping, enquanto que no QASCI, pontuações mais altas sugerem situações de maior sobrecarga.

Por outro lado, o CAMI correlaciona-se de forma moderada e positiva com a satisfação, sendo que a categoria *resolução de problemas* é a que apresenta uma correlação mais forte com a satisfação, enquanto que a categoria *lidar com sintomas de stress* apresenta uma correlação fraca, porém significativa.

Relativamente ao QASCI, que avalia a sobrecarga global, verifica-se uma forte correlação negativa com a satisfação, verificando-se também correlações bastante

significativas ao nível de todas as suas dimensões. Todas as correlações são negativas, tendo em conta que valores mais altos na satisfação indicam uma maior satisfação do cuidador com os cuidados prestados ao familiar, enquanto que no QASCI, valores mais altos sugerem situações de maior sobrecarga. Desta forma, sobrecarga e satisfação têm cargas opostas.

Por outro lado, e ainda em relação ao QASCI, verifica-se uma elevada correlação positiva com as dificuldades percebidas, o que sugere que mais dificuldades resultem em maior sobrecarga. De referir que, das dimensões do QASCI a única que não se correlaciona com as dificuldades é a dimensão suporte familiar, as outras apresentam correlações moderadas e fortes.

Quadro n.º 26

Correlação entre QASCI, dificuldades, satisfação e ESSS e CAMI

	SE	IVP	SF	RE	PMEC	SupF	SPF	QASCI	DIF	SAT
SA_ESSS	-0,27*	-0,36**	-0,44**	-0,13	-0,28*	-0,12	0,02	-0,32*	-0,39**	0,16
IN_ESSS	-0,49***	-0,49***	-0,59***	-0,34**	-0,40**	-0,50***	-0,25	-0,57***	-0,35**	0,47***
SF_ESSS	-0,45***	-0,43**	-0,30*	-0,26*	-0,48***	-0,76***	-0,31*	-0,55***	-0,33**	0,61***
AS_ESSS	-0,02	-0,19	0,00	-0,08	-0,19	0,03	0,13	-0,10	-0,26	-0,01
ESSS_total	-0,42**	-0,49***	-0,48***	-0,27*	-0,43**	-0,43**	-0,14	-0,51***	-0,44**	0,39**
RP_CAMI	-0,39**	-0,26	-0,35**	-0,22	-0,52***	-0,34**	-0,40**	-0,43**	-0,23	0,48***
PAS_CAMI	-0,27*	-0,15	-0,01	-0,06	-0,43***	-0,05	-0,38**	-0,25	-0,15	0,25
LSS_CAMI	-0,16	-0,17	0,01	-0,03	-0,56***	-0,06	-0,51***	0,25	-0,08	0,33*
CAMI_total	-0,35**	-0,24	-0,18	-0,13	-0,59***	-0,21	-0,50***	-0,38**	-0,20	0,44**
DIF	0,61***	0,64***	0,44**	0,47**	0,52***	0,22	0,31*	0,66***	-	-0,42**
SAT	-0,61***	-0,57***	-0,38**	-0,35**	-0,68***	-0,63***	-0,57***	-0,70***	-0,42**	-

Nota: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Legenda: QASCI – questionário de avaliação da sobrecarga de cuidadores informais; SE – sobrecarga emocional; IVP – implicações na vida pessoal; SF – sobrecarga financeira; RE – reacções a exigências; PMEC – percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SupF – suporte familiar; SPF – satisfação com o papel e familiar; ESSS – escala de satisfação com suporte social; SA – satisfação com amigos; IN – intimidade; SF – satisfação com a família; AS – actividades sociais; CAMI – Carer’s assesment of managing index RP – resolução de problemas; PAS – percepções alternativas da situação; LSS – lidar com sintomas de stress.

A análise do quadro n.º 27 permite-nos concluir que as sub-escalas satisfação com amigos, intimidade e satisfação com a família se correlacionam de uma forma positiva e bastante significativa com a categoria do CAMI que diz respeito às estratégias de coping baseadas na resolução de problemas. De destacar também a correlação

moderada, mas positiva e significativa entre a satisfação com a família e as estratégias relacionadas com percepções alternativas da situação.

De um modo global, o suporte social correlaciona-se de forma moderada, positiva e significativa com a adopção de mais estratégias de coping consideradas eficazes.

Quadro n.º 27

Correlação de Spearman entre a ESSS (total e sub-escalas) e o CAMI (total e categorias)

	SA_ESSS	IN_ESSS	SF_ESSS	AS_ESSS	ESSS_total
RP_CAMI	0,41**	0,64***	0,57***	-0,12	0,53***
PAS_CAMI	0,23	0,29*	0,34**	-0,02	0,28*
LSS_CAMI	0,13	0,13	0,21	0,11	0,18
CAMI_total	0,33**	0,47***	0,48***	-0,04	0,43**

Nota: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. Legenda: ESSS_total – escala de satisfação com suporte social; SA_ESSS – satisfação com amigos; IN_ESSS – intimidade; SF_ESSS – suporte familiar; AS_ESSS – actividades sociais; CAMI – Carer's assesment of managing index; RP_CAMI – resolução de problemas; PAS_CAMI – percepções alternativas da situação; LSS_CAMI – lidar com sintomas de stress.

VIII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise do conjunto dos resultados no capítulo anterior, pretende-se neste capítulo analisar os aspectos do estudo empírico que se considera serem mais relevantes, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência.

Após alguma reflexão sobre as limitações, e também sobre os aspectos positivos, das opções metodológicas que foram tomadas, passa-se a comentar os dados obtidos, seguindo de perto a ordem da sua apresentação no capítulo anterior.

Aspectos metodológicos

Este estudo centrou-se na situação de prestação de cuidados informais a idosos dependentes com o objectivo de analisar alguns factores que, de algum modo, possam estar ligados à sobrecarga e / ou à satisfação dos cuidados prestados pelos cuidadores informais.

Algumas considerações sobre os aspectos metodológicos deste trabalho tornam-se necessárias, principalmente no que diz respeito ao tipo de amostra e aos instrumentos de colheita de dados utilizados, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados, assim como nas conclusões que deles se podem retirar.

Assim, e no que diz respeito à amostra, é de referir que, dado as condições em que o estudo foi realizado, apenas foi possível aplicar o conjunto de instrumentos de colheita de dados a 56 cuidadores informais.

A amostra não foi constituída de forma aleatória, mas sim por cuidadores informais que, para além de preencherem os critérios definidos, se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados. Pela sua reduzida dimensão, e também pelo seu carácter não probabilístico, esta amostra implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações.

Relativamente aos instrumentos de colheita de dados utilizados, eles baseiam-se na auto-avaliação e no auto-relato dos vários aspectos da situação em estudo, tendo sido concebidos para serem preenchidos pelos próprios inquiridos. No entanto, tendo-se verificado, no pré-teste realizado, que alguns cuidadores, principalmente os idosos,

poderiam ter dificuldades em responder ao questionário sem qualquer tipo de ajuda, e tendo também em conta o tempo exigido para o preenchimento de todo o conjunto de instrumentos, definiu-se que os questionários seriam preenchidos através de entrevista pessoal, pela investigadora. Perante esta opção, o viés do investigador constitui uma possibilidade que não se pode afastar completamente, pelo que durante a entrevista a preocupação com a imparcialidade foi constante.

Relativamente à escolha dos instrumentos, optou-se pela Escala de satisfação de suporte social (ESSS) que é um instrumento que tem sido utilizado em diversas investigações realizadas em Portugal, sendo um instrumento válido para avaliar a satisfação com o suporte social.

Quanto ao Questionário de Avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais (QASCI), apesar de ser um instrumento mais recente, conhecem-se já alguns estudos onde foi utilizada de forma válida. Contribuiu também para a sua escolha o facto de ser a única construída e validada para a população portuguesa, encontrando-se adaptada ao contexto sócio-cultural e também por incluir sete dimensões que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da sobrecarga do cuidador.

Relativamente ao CAMI (Carer's assesment of managing index), foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a portuguesa de Luísa Brito e João Barreto (Brito, 2002). Na escolha deste instrumento pesou o facto de não se conhecerem instrumentos tão específicos para avaliar as estratégias de coping de cuidadores informais. No entanto, temos que assumir o risco de tal opção. Com o objectivo de minimizar os riscos procedeu-se a uma análise de consistência interna da escala, através do alpha de cronbach, observando-se que o nível de consistência interna da escala global foi de 0,89.

Ainda em relação a este instrumento é de referir alguma dificuldade em termos da sua análise, pelo que consideramos que não é um instrumento de fácil utilização, pelo menos no que respeita à investigação.

Características sócio-demográficas dos cuidadores e características do contexto da prestação de cuidados

No que respeita às características sócio-demográficas dos cuidadores da amostra deste estudo é óbvia a **predominância das mulheres** na prestação de cuidados ao idoso dependente, onde num total de 56 cuidadores, 41 são mulheres. Este facto é, no entanto corroborado por vários estudos, nomeadamente Paúl (1997), Brito (2002), Imaginário (2002), Martins, Ribeiro & Garrett (2003), Santos (2005), Lage (2005), Figueiredo, (2007), e prende-se sobretudo com a divisão de papéis entre homens e mulheres, cabendo a estas a tarefa de cuidar.

De acordo com Finley (1989, cit. *in* Martín, 2005) existe, por um lado, um processo de aculturação que responsabiliza a mulher pelo cuidar e, por outro lado, o pressuposto de que os papéis do homem e da mulher estão associados a diferentes tarefas, enquanto que aos homens são delegados os trabalhos que exigem mais força física, às mulheres estão associadas as tarefas domésticas de cuidado da família.

No entanto, no nosso estudo é também de realçar um número já significativo de homens (15) que têm a responsabilidade de cuidar do seu familiar. Este dado parece ir de encontro ao que é postulado por Ribeiro (2005), os homens têm vindo a assumir cada vez mais o papel de cuidadores. Na sua perspectiva, a ausência de filhos e o facto de existir uma maior probabilidade do homem sobreviver a uma idade em que a esposa necessita de cuidados conduz a que os esposos idosos se assumam como a principal fonte de apoio informal em diversas situações. No entanto, pensamos que é também de considerar que a distribuição dos papéis de acordo com o sexo tem vindo a sofrer algumas alterações, verificando-se cada vez mais um equilíbrio no que se refere aos papéis familiares entre homens e mulheres.

Relativamente à distribuição por **idades**, as características da nossa amostra são coerentes com outras investigações do mesmo tipo, verificando-se uma tendência para pessoas de uma faixa etária elevada, com uma média de idades a rondar os 63 anos de idade. Os cuidadores são na sua maioria casados (82,1%) e em relação à actividade profissional, tendo em conta a idade elevada, não é de estranhar que prevaleçam os que não exercem qualquer actividade devido a situação de reforma, dados que também encontram consistência nos estudos realizados com cuidadores informais,

nomeadamente por Brito (2002), Martins, Ribeiro e Garrett (2003), Lage (2005) e Sequeira (2007). No entanto, pensamos que também não é de descurar os cuidadores com actividade profissional, que na nossa amostra constituem cerca de 30% dos cuidadores, na medida em que para estes, a acumulação de tarefas pode gerar alguns constrangimentos, mas também pode ser benéfico para o cuidador.

Em relação ao **grau de parentesco** dos cuidadores, constata-se que a maioria são filhas ou cônjuges, o que corrobora a ideia de que a responsabilidade pelo cuidar recai habitualmente sobre os familiares mais próximos. De destacar, ainda, em relação aos cônjuges que são em igual número, homens e mulheres, o que reflecte a participação crescente do homem na prestação de cuidados a familiares, neste caso específico às suas esposas.

Os nossos dados evidenciam também que a **maioria dos cuidadores vive com o idoso**, dado que é corroborado por vários autores (Brito, 2002; Lage, 2005, Santos, 2005, Figueiredo, 2007). O facto de na nossa amostra existir uma percentagem significativa de cônjuges (39,3%) ajuda a explicar este resultado, assim como, o facto de a pessoa cuidada apresentar um grau de dependência significativo.

A prestação de cuidados é normalmente uma tarefa de longa duração, visto que mais de 60% dos cuidadores da nossa amostra cuidam dos seus familiares há mais de um ano e destes 32,1% têm esta responsabilidade em média há 8 anos. Estes dados encontram consistência num estudo realizado no Reino Unido por Nolan e Grant (1989), em que cerca de 31% dos cuidadores prestavam cuidados entre 5 a 9 anos. Figueiredo (2007) refere também um estudo realizado por Chappell e Litkenhaus (1995) no Canadá, em que a média de anos de prestação de cuidados é de aproximadamente 7 anos e cerca de 20% fazem-no há mais de 10 anos.

Na prestação de cuidados, cerca de 62% dos cuidadores referiram ter ajuda da família e cerca de 66% referiram a ajuda dos profissionais de saúde, facto que não encontra consistência relativamente aos dados de outros estudos realizados neste âmbito (Brito, 2002, Lage, 2005), nos quais a maioria dos cuidadores cuida de forma isolada, sem ajudas na prestação de cuidados. No entanto, relativamente ao apoio profissional, tal diferença pode ser atribuída às características específicas da amostra deste estudo, tendo em conta que os cuidadores foram recrutados a partir das instituições de apoio social, o que à partida pode facilitar o acesso a outros tipos de ajuda profissional disponível.

Em síntese, podemos referir que estamos perante uma amostra de cuidadores informais com idade avançada, praticamente constituída por mulheres (filhas ou cônjuges), casadas, sem actividade profissional e que coabitam com o idoso dependente.

Dificuldades percebidas pelos cuidadores na prestação de cuidados ao idoso dependente

A prestação de cuidados para além de incluir aspectos instrumentais e físicos, como a alimentação, a higiene, a mobilidade, a medicação, também inclui um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico. Para além de tudo isto, tendo em conta que, para além do papel do cuidador, os indivíduos desempenham uma multiplicidade de papéis sociais é natural que, por vezes, se deparem com uma série de exigências e dificuldades, que são fontes de stress, e que podem levar a tensões e mal-estar.

No nosso estudo procuramos perceber quais as principais dificuldades que os cuidadores percebem, tendo-se verificado que os cuidadores sentem:

- Dificuldades de ordem física (51,8%), relacionadas com a ajuda que têm de prestar ao idoso dependente nas actividades da vida diária;
- Restrições da vida pessoal e social (39,9%);
- Dificuldades de ordem emocional (19,6%);
- Dificuldades relacionais com o idoso (19,6%)
- Dificuldades económicas (16,1%);
- Falta de apoio (16,1%);
- Falta de disponibilidade (16,1%)
- Falta de conhecimentos para cuidar (7,1%); e
- Outras dificuldades (5,4).

De um modo geral, estes dados encontram alguma consistência com outros estudos. Por exemplo, no estudo realizado por Nolan *et al* (1990), as principais dificuldades apontadas foram problemas relacionais com o idoso, a falta de apoio familiar e profissional. No estudo de Sequeira (2007) com cuidadores de idosos com demência e sem demência, foram referidas dificuldades em lidar com o sofrimento do

doente, a falta de informação, as dificuldades físicas. Machado, Freitas e Jorge (2007) referem dificuldades económicas, falta de conhecimento e de preparação do cuidador.

No estudo de Brito (2002), as principais dificuldades dos cuidadores relacionam-se com consequências directas, para eles próprios, da situação de prestação de cuidados, pelos seus reflexos a nível físico (cansaço, alterações na saúde), psicológico (exaustão) e social (restrições nas interações com outras pessoas).

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao número de dificuldades percebidas, segundo o género, quando fazemos uma análise de frequências das dificuldades referidas pelos cuidadores, verifica-se que os homens referem mais as dificuldades de ordem física em comparação com as mulheres, o que talvez se possa explicar pelo facto de os homens se sentirem menos preparados na execução das tarefas domésticas e nos cuidados íntimos à cónjuge. Por outro lado, também sentem mais restrições da vida pessoal e social. Já as mulheres são as únicas a apontar a falta de apoio e também têm mais dificuldades emocionais em comparação com os homens. Será que os homens não se envolvem tanto na tarefa de cuidar? De acordo com Ribeiro (2005), ainda prevalece o pressuposto de que os homens são mais racionais e orientados para a acção, mais capazes de lidar com o sentido prático das tarefas do que com a sua dimensão emocional. O facto de os homens não referirem falta de apoio pode ter a ver com a ideia de que os homens que cuidam recebem mais ajuda e suporte do que as mulheres em situação idêntica (Neno, 2004, cit. *in* Lage, 2005), o que faz com que não estejam tão sujeitos a sobrecarga.

No que respeita à **idade**, os resultados apontam para a existência de correlação entre a idade e o nº de dificuldades percebidas, sendo que quanto mais idade tiver o cuidador também mais dificuldades perceberá. Através da análise de frequências, verifica-se que os cuidadores com mais idade manifestam mais dificuldades de ordem física, o que é compreensível tendo em conta o processo de declínio físico que normalmente ocorre com o envelhecimento. Por outro lado, as restrições da vida pessoal e social são mais referidas pelos cuidadores mais jovens, o que poderá ser explicado pelo facto de poderem uma vida social mais activa que é afectada por estarem a cuidar do seu familiar.

Os resultados deste estudo também revelam diferenças significativas na percepção de dificuldades, segundo a **actividade profissional**, a **duração da prestação de cuidados**, o **apoio familiar** e o **apoio profissional**.

Desta forma, os resultados sugerem que os cuidadores que não exercem qualquer actividade profissional tendem a manifestar mais dificuldades do que aqueles que exercem uma profissão. Conforme o referido por Figueiredo (2007), o facto de ter um emprego pode ser visto como um escape às tarefas rotineiras e pouco apreciadas, permite a convivência com colegas e amigos e o rendimento pode atenuar algumas dificuldades económicas que possam existir.

Como também parece compreensível, os cuidadores que cuidam há menos tempo dos seus familiares tendem a manifestar menos dificuldades, assim como os cuidadores que consideram ter apoio da família e apoio dos profissionais. Tal constatação contribui para ilustrar a importância que o apoio, tanto familiar como profissional, pode ter no atenuar de dificuldades.

Estes dados encontram alguma consistência no estudo realizado por Brito (2002), no que se refere à duração da situação de prestação de cuidados e ao apoio profissional e ao facto de também não terem sido encontradas diferenças significativas entre variáveis como o estado civil, a relação de parentesco e a percepção de dificuldades inerentes à prestação de cuidados.

Satisfação com o suporte social

A análise dos resultados permite-nos inferir que os cuidadores se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte da família o que lhes dá maior satisfação. Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o suporte íntimo e com o apoio dos amigos, e pelo contrário pouco satisfeitos com as actividades sociais.

Relativamente à interferência do género e da idade na percepção de satisfação com o suporte social, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Apesar das muitas definições e perspectivas do suporte social, parece ser consensual a sua importância no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos. Porém, mais do que a noção de apoio social real de que uma pessoa dispõe, o que é

mais relevante e desempenha um papel moderador face a acontecimentos stressantes é o apoio social percebido, que equivale ao grau de satisfação dos sujeitos relativamente à sua vida social.

Neste estudo, a satisfação com o apoio que é dado pela família foi o mais valorizado, pelo que a nível empírico, tal como referem Martins, Ribeiro e Garrett (2003), é um aspecto fundamental na gestão da problemática dos cuidadores informais.

Estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores

Quanto às estratégias de coping adoptadas pelos cuidadores, conforme identificadas através dos itens do CAMI (Carers' Assessement of Managing Index), verificou-se que as estratégias que foram utilizadas e consideradas eficazes por mais de 75% dos cuidadores estão relacionadas com acções, tendo em vista o *lidar com os acontecimentos* e a *resolução de problemas*, e também com a procura de *percepções alternativas* sobre as situações. Por outro lado, as estratégias que não foram adoptadas ou não são consideradas eficazes por mais de 75% dos cuidadores estão essencialmente relacionadas com formas de *lidar com os sintomas de stress* e também com algumas *percepções alternativas*.

Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas

As estratégias incluídas nesta categoria foram, segundo os dados obtidos, consideradas como mais eficazes em situações difíceis. Das 14 estratégias, 6 foram consideradas como eficazes por mais de 75% dos cuidadores e, das restantes, 7 foram consideradas eficazes por mais de 53,6%. Apenas a estratégia "*Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela*" apresenta uma percentagem substancialmente inferior, sendo apenas adoptada e considerada eficaz por 39,3% dos cuidadores.

As estratégias que foram apontadas como mais eficazes, nesta categoria, foram: "*modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível*"; "*obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais*"; "*Experimentar*

várias soluções até encontrar uma que resulte”; “Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução”

Estes resultados encontram consistência com o estudo realizado por Nolan, Grant e Keady (1996), com 260 prestadores de cuidados a familiares do Reino Unido, excepto na principal estratégia adoptada, já que no estudo de Nolan a mais referida foi *Procurar obter toda a informação possível*. Também no estudo de Brito (2002) e Sequeira (2007) esta não foi a estratégia prioritária o que, tal como adianta Brito (2002), se pode dever a condicionantes sociais e culturais.

Percepções alternativas sobre a situação

Por outro lado, das 15 estratégias que fazem parte desta categoria, 8 foram consideradas eficazes por mais de 60% dos cuidadores, enquanto as restantes não foram adoptadas ou foram consideradas ineficazes por mais de 66%.

As estratégias apontadas como mais eficazes foram *“viver um dia de cada vez”*, *“Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está”* e *“aceitar a situação tal qual ela é”*; *“acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação.”*

Por outro lado, das estratégias menos utilizadas/consideradas ineficazes destacam-se *“fazer como se o problema não existisse”*, *“cerrar os dentes e continuar”* e *“ver o lado cómico da situação”*.

Ao compararmos estes resultados com os estudos já mencionados verificamos que são muito semelhantes, sendo apenas de realçar que, no estudo de Nolan, Grant e Keady (1996) as estratégias *“ver o lado cómico da situação”* e *“cerrar os dentes e continuar”* foram utilizadas e consideradas eficazes por mais de 75% dos cuidadores, enquanto que neste estudo, estas foram das estratégias menos referida, o que se pode novamente atribuir a factores culturais.

Quando as situações são difíceis de alterar, este tipo de estratégia parece ser importante. No entanto, quando a situação é passível de alteração e utiliza-se, por exemplo a estratégia de *aceitar a situação tal qual ela é*, esta acaba por não ser uma boa estratégia.

Lidar com sintomas de stress

Existem determinadas situações que não se podem prever e sobre as quais também não se conseguem criar percepções alternativas, nestes casos a melhor resposta será o ter de lidar com o stress que essa situação causa.

No entanto, no nosso estudo, assim como nos estudos de Brito (2002) e Sequeira (2007) estas estratégias relacionadas com formas de lidar com os sintomas de stress foram as menos utilizadas pelos cuidadores inquiridos, tendo em conta que, das 9 estratégias desta categoria, apenas 4 são utilizadas e consideradas eficazes por uma percentagem de cuidadores que se situa entre os 44,7% e os 64,3%. Das estratégias eficazes, destacam-se: “*dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa*” e “*reservar algum tempo livre para mim*”.

Por outro lado, verifica-se que existem algumas estratégias que habitualmente não são utilizadas pelos cuidadores inquiridos, como: “*descarregar a tensão, falando alto, gritando ou coisa semelhante*”, “*reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes*”, “*Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género*”, “*usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras*” e “*descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico*”.

Estes dados são similares aos dados encontrados por Brito (2002) e Sequeira (2007), no entanto, revelam algumas diferenças significativas relativamente ao estudo de Nolan, Grant e Keady (1996), no qual estratégias como “*descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico*” e “*Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género*” “*reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes*”, foram referidas por um número significativo de cuidadores, o que terá a ver com diferenças sócio-culturais.

Em relação a outras estratégias referidas pelos cuidadores, verificou-se que a maioria se enquadrava na categoria lidar com a situação / resolução de problemas e outras na categoria percepção alternativa da situação, o que vem reforçar a ideia de que as estratégias relacionadas com o lidar com sintomas de stress são as menos utilizadas.

Relativamente à interferência do **género** e da **idade** na adopção de estratégia de coping eficazes, os dados obtidos neste estudo sugerem algumas diferenças significativas.

No que respeita ao género, na categoria *Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas*, existem diferenças em relação a duas estratégias:

A estratégia “*falar dos meus problemas com alguém em quem confio*”, que é utilizada mais eficazmente pelas mulheres, enquanto que os homens se diferenciam das mulheres ao “*obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais*”.

Revendo as dificuldades percebidas, o facto de as mulheres sentirem mais dificuldades emocionais que os homens pode, em parte, explicar esta necessidade de partilhar ou “desabafar” os seus problemas com alguém. Por outro lado, em relação aos homens existe a ideia de que parecem estar mais orientados para a acção (Ribeiro, 2005), recebendo mais ajuda e suporte do que as mulheres (Neno, 2004, cit. in Lage, 2005).

Na categoria *percepções alternativas* sobre a situação, são as mulheres a utilizar mais ou a terem uma melhor percepção da sua eficácia comparativamente aos homens, nas estratégias: “*Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas*”; “*esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento*” e “*procurar ver o que há de positivo em cada situação*”.

Na categoria *Lidar com sintomas de stress*, existe diferença em relação a uma única estratégia, “*chorar um bocado*”, que é mais utilizada pelas mulheres. Mais uma vez associada às mulheres surgem estratégias de índole emocional.

Estes dados encontram alguma consistência no estudo de Nolan, Grant e Keady (1996), tendo em conta que foram as mulheres as que mais estratégias eficazes utilizaram. O contrário, segundo os autores, era esperado pelo facto de existir o pressuposto de que o homem utiliza e é mais eficaz no coping do que as mulheres e que normalmente utiliza estratégias relacionadas com a resolução de problemas. Contudo, este pressuposto não foi corroborado nem pelo estudo de Nolan, Grant e Keady (1996), nem pelo nosso.

No que respeita à utilização de estratégias eficazes segundo a idade, os dados deste estudo sugerem que são os cuidadores mais jovens que utilizam mais e de uma forma mais eficaz as estratégias de coping das diferentes categorias. Algumas diferenças verificaram-se ao nível das estratégias: “*Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido*”; “*Pensar no problema e encontrar forma de lhe dar uma solução*”; “*Pensar que a situação está melhor agora do que antes*”; “*acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação*”; “*reservar algum tempo livre para mim próprio*”.

Este resultado está em consonância com o que Sequeira (2007, p.243) refere: “*os cuidadores mais jovens têm maior capacidade para lidar com os problemas do idoso*”.

Sobrecarga dos cuidadores

Os cuidadores deste estudo demonstram níveis médios de sobrecarga física, emocional e social. Assim, a dimensão indicativa de maior nível de sobrecarga (que é um nível médio) corresponde à percepção de mecanismos de eficácia e controlo, que curiosamente é uma dimensão positiva do QASCI, que integra aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. No entanto, logo em seguida, surgem as dimensões implicações da vida pessoal e sobrecarga emocional.

A dimensão implicações na vida pessoal pode eventualmente ser explicada pela necessidade constante de acompanhamento do idoso dependente, pela ausência de ajudas ou pela acumulação da função de cuidar com outras, como uma actividade profissional ou ter de cuidar da casa ou dos filhos. A sobrecarga emocional terá mais a ver com as emoções negativas que podem surgir e que podem levar a conflitos internos e sentimentos de fuga à situação.

O domínio que apresenta a pontuação mais baixa, logo o que menos contribui para a sobrecarga global, é o suporte familiar, podendo-se afirmar que a maioria dos cuidadores deste estudo sente o reconhecimento e o apoio da família no desempenho deste papel.

Comparando os resultados obtidos com os resultados de outros estudos levados a cabo por Martins, Ribeiro e Garrett (2004) e Pereira (2009), utilizando o mesmo instrumento para a avaliação da sobrecarga, observam-se algumas semelhanças, sendo nestes casos analisada a sobrecarga em cuidadores informais de doentes com AVC e em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. Nestes casos também foram valorizadas as dimensões implicações da vida pessoal e a sobrecarga emocional, enquanto a dimensão suporte familiar assume valores mais baixos, o que significa que a maioria dos cuidadores se encontra satisfeita com o apoio da família. Contudo, observam-se também algumas diferenças, no que respeita à dimensão percepção de mecanismos de eficácia e controlo, na medida em que, nesses estudos, esta é uma das dimensões que regista os valores mais baixos, enquanto que no nosso estudo assume o

valor mais elevado, sugerindo que o que mais contribui para a sobrecarga é o facto de ter menos capacidades para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidador.

Quando se analisam os níveis de sobrecarga entre **homens e mulheres** verifica-se que, apesar de as mulheres apresentarem médias mais elevadas que os homens, não existem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado contraria a ideia, descrita na literatura, de que as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, apresentando uma maior sobrecarga (Brito, 2002; Santos, 2005; Pereira, 2009). No entanto, Ribeiro (2005) faz referência a alguns estudos que dão provas de que os homens se envolvem de forma assinalável na satisfação das necessidades de familiares dependentes, desempenhando um leque de tarefas similares aos das mulheres cuidadoras, de uma forma emotiva e próxima, o que poderá explicar a não existência de diferenças significativas na sobrecarga entre homens e mulheres.

Relativamente à **idade**, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários no se que refere às dimensões positivas do QASCI, nomeadamente, à percepção de mecanismos de eficácia e controlo e à satisfação com o papel e o familiar. O grupo dos cuidadores mais velhos apresenta uma menor percepção das capacidades para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e também uma menor satisfação com o papel desempenhado comparativamente com os grupos mais jovens. Este resultado parece estar em consonância com o que Braithwaite e McGow (1993, cit. *in* Pereira, 2009) referem: a idade parece associar-se à sobrecarga, na medida em que os cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade para lidar com as situações problemáticas. Também Sequeira (2007, p.243) refere que “*os cuidadores mais jovens têm maior capacidade para lidar com os problemas do idoso*”, por outro lado, Santos (2005) não encontrou relação entre idade e sobrecarga, e Pereira (2009) verificou que os mais jovens apresentavam valores superiores de sobrecarga comparativamente aos mais velhos.

O **estado civil** parece não se associar a diferenças no nível de sobrecarga quando se comparam os indivíduos casados ou não casados. Resultados idênticos foram encontrados por Santos (2005) e Pereira (2009).

Relativamente à **situação profissional**, os cuidadores não activos evidenciam valores mais elevados na *sobrecarga financeira*, na *percepção de mecanismos de eficácia e controlo* e na *satisfação com o papel e o familiar*. No que se refere à sobrecarga financeira, resultados idênticos foram encontrados no estudo de Santos (2005). Sabendo que a maioria dos cuidadores não activos se encontra em situação de reforma, este resultado pode ser compreensível tendo em conta um provável baixo nível económico de muitos idosos. Por outro lado, Sequeira (2007) explica os níveis elevados de sobrecarga nos cuidadores reformados com o facto de serem cônjuges e terem uma idade mais avançada. De acordo com Figueiredo (2007), o facto de ter um emprego pode ser visto como um escape às tarefas rotineiras e pouco apreciadas, permite a convivência com colegas e amigos e o rendimento pode atenuar algumas dificuldades económicas que possam existir.

Por sua vez, Pereira (2009), verificou que os cuidadores activos evidenciavam valores mais elevados na sobrecarga emocional e nas reacções a exigências.

No que diz respeito à **relação de parentesco**, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos de cuidadores.

Uma maior duração da prestação de cuidados mostrou associar-se com as *implicações na vida pessoal* e com a *percepção de mecanismos de eficácia e controlo*. Assim, uma maior duração do tempo da prestação de cuidados parece estar associado, por um lado, a maiores complicações ao nível da vida pessoal mas, por outro lado, a uma maior percepção das capacidades para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidador, ou seja, com o decorrer do tempo os cuidadores parecem adaptar-se à situação e não apresentar níveis tão altos de sobrecarga. Santos (2005) e Pereira (2009) não encontraram associação entre o tempo de cuidar e a sobrecarga, enquanto que Sequeira (2007) constatou uma variação directamente proporcional à sobrecarga, depreendendo-se que a sobrecarga aumenta com a duração do cuidar.

Relativamente à **coabitação**, não se encontrou associação com uma menor ou maior sobrecarga.

A **falta de apoio da família** está associada a uma maior sobrecarga a todos os níveis, bem como a uma menor percepção das capacidades para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidador, a um menor suporte familiar e a uma menor satisfação com o papel desempenhado e o com o familiar.

A **falta de apoio profissional** também se associa a uma maior sobrecarga a vários níveis (sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira) e a um menor suporte familiar.

Satisfação dos cuidadores com os cuidados prestados

A análise dos resultados permite-nos inferir que os cuidadores se encontram, na sua maioria, satisfeitos com os cuidados prestados ao seu familiar dependente. Apenas uma pequena percentagem, cerca de 10%, referiu a sua insatisfação.

Este resultado mostra que, apesar da existência de dificuldades e também de situações de sobrecarga é ainda possível o cuidador sentir-se satisfeito com os cuidados que presta ao seu familiar. Tal como referem Nolan, Grant e Keady (1998), as satisfações derivadas do cuidar predominam e podem coexistir com as dificuldades. Assim, cuidar de alguém pode, para além de consequências negativas, ter consequências positivas.

Quando se analisa o grau de satisfação com os cuidados prestados tendo em contas variáveis sócio-demográficas e de contexto, apenas as variáveis apoio da família e o apoio profissional surgem relacionadas, sendo que quem se sente mais satisfeito com os cuidados prestados é também quem sente apoio da família e dos profissionais de saúde.

Relação entre suporte social, estratégias de coping e sobrecarga/ satisfação

A satisfação com o suporte social encontra-se fortemente associada, de forma negativa, com a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores. Uma menor satisfação com o suporte social parece associar-se a uma maior sobrecarga, uma vez que o valor global da ESSS se relaciona com as dimensões do QASCI, excepto com a dimensão *satisfação com o papel e com o familiar*. A dimensão *satisfação com a*

família associa-se de forma significativa com todas as dimensões do QASCI, o que sugere que cuidadores que se sentem mais satisfeitos com o apoio da sua família apresentam menos sobrecarga emocional, sentem menos as limitações na vida pessoal, reagem melhor às exigências do cuidar e apresentam menos sobrecarga financeira.

Por outro lado, a satisfação com o suporte social no global, associa-se de forma moderada com a satisfação com os cuidados prestados. Assim, uma maior satisfação dos cuidadores com o suporte social que recebem está associada a uma maior satisfação com os cuidados que prestam ao seu familiar, sendo que o que mais contribui para esta situação é a satisfação com o suporte que é dado pela família e também o suporte íntimo.

Estes resultados encontram alguma consistência no estudo de Sequeira (2007), no qual também se verificou a existência de correlação entre suporte social/sobrecarga e entre suporte social/satisfação. Assim, segundo o autor, uma menor satisfação com o suporte social correlaciona-se com a sobrecarga e uma maior satisfação com o suporte social correlaciona-se com a satisfação com o cuidar.

Os resultados encontrados apoiam-se também em diversas fontes literárias (Ribeiro, 1999, Coelho e Ribeiro, 2000, Lage, 2005, Figueiredo, 2007, Graziani e Swendsen, 2007), onde se enfatiza o papel do suporte social no bem-estar e na saúde dos indivíduos. Desta forma, o suporte social tem vindo a ser considerado como uma das principais variáveis amortecedoras dos efeitos negativos do stress, principalmente o suporte social percebido, dado que nem sempre este equivale ao suporte social existente (Ribeiro, 1999).

Os cuidadores que se sentem mais satisfeitos com o suporte que recebem, parecem perceber menos dificuldades associadas ao cuidar, uma vez que o valor global da ESSS se relaciona de uma forma moderada e negativa com as dificuldades, acontecendo o mesmo com as suas sub-escalas satisfação com amigos, intimidade e satisfação com a família.

A utilização, por parte dos cuidadores, de estratégias de coping consideradas eficazes parece associar-se de uma forma moderada com uma menor sobrecarga dos cuidadores. A adopção de estratégias de coping baseadas na resolução de problemas associa-se de forma significativa com as dimensões do QASCI, excepto com as implicações na vida pessoal e reacções a exigências. Parece que quando os cuidadores

utilizam estratégias, que consideram eficazes, relacionadas com acções que visam resolver problemas têm menos sobrecarga emocional, menos sobrecarga financeira.

Por outro lado, uma maior utilização de estratégias de coping consideradas eficazes parece associar-se a uma maior satisfação com os cuidados que prestados, sendo que existe uma forte associação entre esta e as estratégias baseadas na resolução de problemas e uma associação mais fraca mas significativa com a categoria lidar com sintomas de stress.

Estes resultados encontram alguma consistência no estudo de Sequeira (2007), onde o verificou a existência de correlação entre as estratégias de coping e as satisfações. O autor adianta que para uma maior satisfação dos cuidadores a variável que mais contribui é a percepção de eficácia relativamente às estratégias de coping. Assim os cuidadores que têm uma boa percepção de auto-eficácia estão também em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento de sobrecarga.

A sobrecarga física, emocional e social associa-se fortemente, de uma forma negativa, com a satisfação com os cuidados prestados. Esta última apresenta correlações fortes com quase todas as dimensões do QASCI, apenas a sobrecarga financeira e reacções a exigências apresentam correlações moderadas. Assim, uma maior sobrecarga está associada a menos satisfação com os cuidados prestados, sendo que a situação oposta também se coloca, uma menor sobrecarga dos cuidadores permitirá uma maior satisfação com os cuidados prestados.

Tendo em conta que os cuidadores com maior sobrecarga tenderão a ser aqueles que têm menos suporte social e que utilizam menos estratégias de coping eficazes, ou seja, que se sentem menos capazes para lidar com a situação, parece-nos razoável pensar que estes possam não conseguir alcançar níveis mais elevados de satisfação com os cuidados que prestam.

No estudo de Sequeira (2007), a sobrecarga e a satisfação apresentaram correlações negativas significativas, mas baixas.

Em relação ao QASCI e às dificuldades percebidas, verifica-se uma elevada correlação positiva, o que sugere que mais dificuldades resultem em maior sobrecarga.

Este resultado encontra alguma consistência no estudo de Sequeira (2007), no qual se refere que a sobrecarga está directamente associada às dificuldades objectivas ou

subjectivas que o cuidador experimenta ao cuidar, assim a sobrecarga varia de forma directamente proporcional às dificuldades.

Por fim, suporte social e estratégias de coping parecem associar-se positivamente. A satisfação com o suporte íntimo e a satisfação com a família surgem fortemente associados às estratégias de coping baseadas na resolução de problemas.

Os cuidadores que estão mais satisfeitos com o suporte social tendem a utilizar mais estratégias de coping de forma eficaz.

Segundo Figueiredo (2007) existem ligações reforçadas entre recursos moderadores, como é o caso do suporte social e do coping. Assim, se uma pessoa é dotada de um ou outro recurso, terá mais possibilidades de aceder a outros.

Verificação das hipóteses em estudo

Tendo em conta o modelo racional teórico e as hipóteses formuladas neste trabalho foi possível verificar, em relação à sobrecarga e à satisfação dos cuidadores, diferentes factores que lhes estão associados.

Relativamente à nossa primeira hipótese: **Uma maior satisfação com o suporte social está associada a uma menor sobrecarga e a uma maior satisfação com os cuidados prestados.** Verificou-se que a satisfação com o suporte social se associa **fortemente**, mas de forma **negativa**, com a sobrecarga e, por outro lado, de forma **moderada** e **positiva** com a satisfação com os cuidados prestados, pelo que se confirma a hipótese.

A adopção de estratégias de coping eficazes associa-se de forma moderada com uma menor sobrecarga e com uma maior satisfação. Sendo que estratégias baseadas na resolução de problemas se encontram fortemente associadas à satisfação, pelo que se corrobora a hipótese em estudo que refere que **a adopção de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor sobrecarga dos cuidadores e a uma maior satisfação com os cuidados prestados.**

A sobrecarga física, emocional e social associa-se **fortemente**, de uma forma **negativa**, com a satisfação com os cuidados prestados. Esta última apresenta correlações fortes com quase todas as dimensões do QASCI, apenas a sobrecarga financeira e reacções a exigências apresentam correlações moderadas, confirmando-se assim a hipótese que refere que **uma menor sobrecarga do cuidador está associada a níveis mais elevados de satisfação com os cuidados prestados.**

Entre o QASCI e as dificuldades percebidas, verifica-se uma elevada correlação positiva, pelo que se confirma a hipótese em estudo que refere que **um maior número de dificuldades percebidas está associado a níveis mais elevados de sobrecarga.**

O suporte social e estratégias de coping parecem associar-se positivamente. A satisfação com o suporte íntimo e a satisfação com a família surgem fortemente associados às estratégias de coping baseadas na resolução de problemas. Os cuidadores que estão mais satisfeitos com o suporte social tendem a utilizar mais estratégias de coping de forma eficaz. Desta forma, confirma-se a hipótese: **uma maior satisfação com o suporte social relaciona-se com a adopção de estratégias de coping eficazes.**

Relativamente à hipótese: **as dificuldades percebidas pelos cuidadores são diferentes em função do género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional.** Verificaram-se diferenças apenas em função da idade, da situação profissional, da duração da prestação dos cuidados, do apoio familiar e do apoio profissional, pelo que não se confirma na totalidade esta hipótese.

Quanto à hipótese: **existe a interferência das variáveis género e idade na percepção de satisfação com o suporte social**, não foram encontradas diferenças que permitam corroborar a hipótese.

Relativamente à hipótese: **existe a interferência das variáveis género e idade nas estratégias de coping utilizadas.** Os resultados sugerem que as mulheres e os cuidadores mais novos utilizam mais ou de uma forma mais eficaz estratégias de coping, pelo que se confirma a hipótese em estudo.

No que respeita à hipótese: **existe a interferência das variáveis género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional na percepção de sobrecarga**, verificaram-se diferenças apenas em função da idade, da situação profissional, da duração da prestação dos cuidados, do apoio familiar e do apoio profissional, pelo que não se confirma na totalidade esta hipótese.

Por fim, em relação à hipótese: **existe a interferência das variáveis género, idade, estado civil, situação profissional, relação de parentesco, duração da prestação de cuidados, coabitação, apoio familiar e apoio profissional na percepção da satisfação com os cuidados prestados**, verificam-se diferenças apenas nas variáveis apoio familiar e apoio profissional, pelo que não se confirma a hipótese na totalidade.

IX – CONCLUSÕES

A presente investigação pretendeu contribuir para um melhor conhecimento dos factores envolvidos na prestação de cuidados a idosos dependentes, dando especial atenção ao suporte social e ao coping. Considera-se que um maior conhecimento dos factores envolvidos na prestação de cuidados informais permitirá intervenções mais adequadas e eficazes, com benefícios tanto para o cuidador como para o idoso cuidado.

Face a este percurso investigativo, assente nos objectivos formulados em articulação com a questão que orienta este estudo e a perspectiva teórica, são produzidas algumas conclusões que se passam a apresentar.

- Os cuidadores informais são essencialmente mulheres (filhas ou cônjuges), com idade superior a 60 anos, casadas, sem actividade profissional e que coabitam com a pessoa que cuidam.
- De destacar que dos 56 cuidadores, 15 são homens.

- A prestação de cuidados é normalmente uma tarefa de longa duração. Mais de 60% dos cuidadores cuidam dos seus familiares há mais de 1 ano e destes, cerca de 32% têm essa responsabilidade em média há 8 anos.

- 62% dos cuidadores referem ter apoio da família.

- 66% dos cuidadores referem ter apoio dos profissionais de saúde.

- Tendo em conta o desempenho do papel de cuidador, os cuidadores apontam várias dificuldades: dificuldades de ordem física, restrições da vida pessoal e social, dificuldades de ordem emocional, dificuldades relacionais com o idoso, dificuldades económicas, falta de apoio, falta de disponibilidade e falta de conhecimentos para cuidar.

- Os homens tendem a sentir mais dificuldades de ordem física e mais restrições na vida pessoal e social, enquanto as mulheres são as únicas a apontar falta de apoio e sentem mais dificuldades emocionais comparativamente aos homens.

- Os cuidadores com mais idade manifestam mais dificuldades de ordem física enquanto cuidadores mais jovens referem mais as restrições na vida pessoal e social.

- Os cuidadores que não exercem nenhuma actividade profissional tendem a manifestar mais dificuldades do que aqueles que têm uma profissão.
- Os cuidadores que cuidam há menos tempo tendem a manifestar mais dificuldades na prestação de cuidados.
- Os cuidadores sentem-se satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte da família o que lhes dá maior satisfação.
- Os cuidadores utilizam mais as estratégias de coping baseadas no lidar com os acontecimentos/resolução de problemas e menos as estratégias relacionadas com formas de lidar com os sintomas de stress.
- As mulheres utilizam mais ou de uma forma mais eficaz estratégias de coping.
- Os cuidadores mais novos utilizam mais e de uma forma mais eficaz estratégias de coping das diferentes categorias.
- Os cuidadores apresentam níveis médios de sobrecarga física, emocional e social. A menor percepção de mecanismos de eficácia e controlo, as implicações na vida pessoal e a sobrecarga emocional constituem factores determinantes da sobrecarga do cuidador. O suporte familiar parece atenuar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador.
- Piores valores de sobrecarga física, emocional e social são apresentados pelos cuidadores mais velhos (percepção de mecanismos de eficácia e controlo e satisfação com o papel e o familiar), pelos que se encontram profissionalmente activos (sobrecarga financeira, percepção de mecanismos de eficácia e controlo e satisfação com o papel e com o familiar), pelos que cuidam há menos tempo (implicações na vida pessoal e percepção de mecanismos de eficácia e controlo), pelos que não sentem apoio da família e pelos que não sentem apoio dos profissionais de saúde.
- Os cuidadores encontram-se, na sua maioria, satisfeitos com os cuidados que prestam ao seu familiar.
- Uma maior satisfação com o suporte social está associado a menor sobrecarga e a maior satisfação com os cuidados.

- Os cuidadores que se sentem mais satisfeitos com o apoio da sua família apresentam menos sobrecarga emocional, sentem menos as implicações na vida pessoal, reagem melhor às exigências do cuidar e apresentam menos sobrecarga financeira
- Os cuidadores mais satisfeitos com o suporte social percebem menos dificuldades.
- A utilização de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor sobrecarga e a uma maior satisfação com os cuidados prestados.
- Os cuidadores que utilizam estratégias, que consideram eficazes, relacionadas com acções que visam resolver problemas têm menos sobrecarga emocional, menos sobrecarga financeira.
- Os cuidadores que estão mais satisfeitos com o suporte social utilizam mais estratégias de coping de forma eficaz.

Assim, de uma forma resumida, e tendo em conta a nossa questão de partida, constatamos que o suporte social e as estratégias de coping são factores importantes no que respeita à sobrecarga e à satisfação, na medida em que uma boa percepção de suporte social e a adopção de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor sobrecarga e a uma maior satisfação, sendo de notar apenas que o suporte social apresenta correlações mais fortes com a sobrecarga e que as estratégias de coping se relacionam mais com a satisfação.

De notar também relativamente às variáveis sócio-demográficas e de contexto da prestação de cuidados que estas têm um maior impacto na sobrecarga do que na satisfação com os cuidados prestados, dando a ideia realçada por Wyller e col. (2003, cit. *in* Sequeira, 2007) de que a sobrecarga está essencialmente relacionada com o acto de cuidar e a satisfação mais relacionada com o conjunto de percepções cognitivas e afectivas.

Sobrecarga e satisfação surgem com cargas opostas, no entanto, elas existem em simultâneo (Nolan, Grant e Keady, 1998). De realçar também a forte relação entre sobrecarga e dificuldades, sugerindo que a existência de maiores dificuldades seja habitualmente sinónimo de sobrecarga; e a relação entre suporte social e estratégias de coping, sugerindo que a existência de um reforça a existência do outro.

X – PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS CUIDADORES INFORMAIS – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Sabe-se que a permanência do idoso na família e na comunidade é cada vez mais defendida, no entanto, na maioria das vezes, cuidar de um familiar idoso interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social da pessoa que cuida, predispondo-a a conflitos que facilmente podem comprometer o seu bem-estar e conseqüentemente o bem-estar da pessoa que é cuidada.

Perante a importância que os cuidadores informais assumem na prestação de cuidados ao idoso dependente, estes devem ser alvo de atenção de modo a promover a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados prestados ao idoso. Por isso, urge cuidar de quem cuida.

A proposta que a seguir se apresenta surge na sequência dos resultados encontrados no presente estudo e pretende ser um **projecto de formação para cuidadores informais**, que pode contribuir de uma forma muito positiva para ajudar os cuidadores informais a cuidarem melhor e também a se cuidarem.

Projecto de formação para cuidadores informais de idosos dependentes:

“Cuidando do cuidador”

A formação organiza-se em torno de duas vertentes: a **vertente educativa/informativa** e a **vertente psicológica**. A vertente educativa/informativa visa prestar as informações necessárias acerca de vários temas como: o envelhecimento, principais doenças que acometem a população idosa, técnicas específicas da prestação de cuidados, etc. A vertente psicológica, de suporte, visa ajudar a gerir emoções, ajudar na adopção de estratégias de coping eficazes, assegurar o estabelecimento de redes de apoio dentro e fora da própria família.

Objectivos gerais:

- Promover a aquisição de conhecimentos e procedimentos relativos à tarefa cuidar de idosos com dependência.
- Dotar o cuidador informal de estratégias de coping eficazes e potenciar o autocuidado, como formas de prevenir a sobrecarga associada à tarefa cuidar.

Objectivos específicos:

- Proporcionar conhecimentos sobre alguns aspectos do envelhecimento;
- Proporcionar conhecimentos sobre a doença;
- Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados;
- Orientar sobre técnicas específicas (cuidados de higiene, alimentação, mobilização, ...);
- Informar sobre recursos em situações de urgência;
- Disponibilizar um espaço para partilha de experiências, problemas, preocupações, ...;
- Permitir a verbalização de sentimentos e expectativas;
- Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades e as estratégias para as superar;
- Ajudar o cuidador a identificar os aspectos positivos do cuidar;
- Orientar para actividades promotoras de saúde.

Desenvolvimento da formação:

A formação será estruturada em 12 sessões, de 2 horas cada, perfazendo um total de 24 horas. Em todas as sessões será importante que os primeiros momentos sejam estruturados de forma interactiva, incentivando os participantes a partilharem com o grupo, temas, problemas, questões, preocupações, assim como as experiências positivas. Esta componente é de grande importância, dado que os cuidadores têm necessidade de falar simplesmente uns com os outros e de trocar experiências.

Nas primeiras sessões será entregue aos cuidadores um *guia prático do cuidador*, que reúne diversas informações e orientações sobre a prestação de cuidados a idosos dependentes.

Os profissionais implicados na formação são o Médico, enfermeiro e o psicólogo. As **Parcerias** encontram-se circunscritas ao Centro de Saúde, Instituições de apoio social e Câmara Municipal.

Para **avaliar a eficácia da formação** será aplicado em cada sessão uma Ficha de Avaliação para conhecimento da evolução da formação e sua melhor orientação e no início e no final da formação também será passado o Questionário de avaliação de sobrecarga de cuidadores informais – QASCI (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

De seguida apresentamos uma Proposta da Planificação das sessões e a sua respectiva ficha de avaliação.

Planificação das sessões

1ª sessão - Apresentação e estabelecimento de normas. (Objectivos: apresentação dos elementos do grupo, estabelecimento das normas de funcionamento, avaliação das necessidades do grupo; Actividades; Material).

2ª sessão - Fomentar o conhecimento entre elementos do grupo.

3ª sessão - Descoberta das principais preocupações face às doenças dos familiares e ao cuidado a desenvolver pelo cuidador.

4ª sessão - Informações e orientações sobre a prestação de cuidados a idosos dependentes.

5ª sessão - Dificuldades na gestão do cuidar.

6ª e 7ª sessões - Lidar com a ansiedade.

8ª sessão - Descoberta das necessidades de apoio.

9ª sessão - Orientações para o apoio

10ª sessão - Identificação das principais dificuldades e organização de estratégias para as superar.

11ª sessão - Orientação para actividades promotoras de saúde

12ª sessão - Despedida.

Avaliação

Ficha de avaliação das sessões

Sessão nº _____

Data ___/___/___

O que eu gostei mais nesta sessão foi _____

O que eu menos gostei nesta sessão foi _____

Perante o grupo senti-me:

- Nada confortável
- Pouco confortável
- Moderadamente confortável
- Muito confortável
- MUITÍSSIMO confortável

Gostava de dizer _____

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu verificar que os cuidadores de idosos dependentes sofrem repercussões importantes na sua vida durante o processo de cuidar, que podem comprometer o bem-estar destes indivíduos e do próprio idoso. No entanto, também foi possível verificar que, apesar das dificuldades e dos aspectos negativos do cuidar também existe lugar para a satisfação com os cuidados prestados ao seu familiar. Por outro lado, o suporte social e as estratégias de coping parecem constituir factores importantes na prestação de cuidados aos idosos.

As constatações destes factos remetem-nos para a necessidade de dar uma atenção adequada a estas pessoas que prestam cuidados aos idosos, sendo que muitas também já são idosas.

O conhecimento, por parte dos profissionais que lidam com os idosos e com os seus familiares, dos vários factores intervenientes permitirá uma abordagem mais proactiva da problemática favorecendo um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados.

Uma intervenção adequada passará por ajudar os cuidadores a aumentar o seu sentimento de competência e de satisfação. Assim, as modalidades de intervenção, a implementar deverão ter em atenção as estratégias de coping que os cuidadores utilizam com eficácia, de modo a promoverem a satisfação e a diminuírem a sobrecarga. Por outro lado, é importante ajudar os cuidadores a desenvolver novas estratégias para fazer face às situações, quando aquelas que utilizam não são eficazes. Neste sentido, encarar a situação da prestação de cuidados de uma forma positiva pode ajudar a minimizar os aspectos negativos que normalmente lhes estão associados. Tal como refere Sequeira (2007, p.251), *“a promoção da satisfação com o cuidar constitui uma via de eleição para a promoção do bem-estar e para a manutenção do idoso no domicílio.”*

A intervenção ao nível de programas de educação/informação também deve ser colocada, na medida em que é importante intervir junto dos cuidadores, dando as informações necessárias para a compreensão da doença do familiar, comunicando a existência de serviços disponíveis aos quais possam recorrer como alternativa possível para evitar o esgotamento das famílias.

A implementação de mais serviços que possam responder às necessidades dos idosos e cuidadores é também uma medida a ter em conta, de modo a evitar a ruptura da relação da prestação de cuidados e o aparecimento de sobrecarga para o cuidador.

Os profissionais que pretendem prestar cuidados de saúde de qualidade, necessitam de estar preparados para despende mais tempo, mediando interações emocionais com os cuidadores informais, sendo que para tal também necessitam ter conhecimentos de técnicas de comunicação e adequado conhecimento psicológico. Neste sentido, é importante que a formação contínua dos profissionais de saúde contemple cada vez mais estes aspectos. Tal como refere Sequeira (2007), é fundamental que os profissionais que pretendam trabalhar com os cuidadores estejam familiarizados com os problemas do envelhecimento e possibilidades de intervenção, conheçam os sistemas de apoio, disponham de habilidades e competências que permitam ao cuidador melhorar a sua qualidade de vida e a prestação de cuidados ao idoso dependente.

Os grupos de apoio e auto-ajuda podem constituir também um recurso de ajuda ao cuidador importante pelo que devem ser fomentados na medida em que permitem uma partilha de experiências e sentimentos.

A intervenção ao nível da promoção da saúde dos cuidadores não deverá ser apenas da competência dos profissionais de saúde, mais propriamente dos enfermeiros, mas de todos os profissionais ligados aos cuidados aos idosos.

Sendo este estudo descritivo-correlacional e transversal apenas foi possível constatar a existência ou não de associação entre as variáveis em análise, pelo que futuras investigações de carácter longitudinal permitirão o conhecimento mais aprofundado da natureza e sentido das relações.

Apesar do predomínio das mulheres nos cuidados informais aos idosos ser uma realidade, parecem configurar-se algumas mudanças, na medida em que os homens começam também a ter alguma importância neste âmbito, pelo que seria interessante explorar futuramente o seu papel e contributo na prestação de cuidados aos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T. & Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 145-151.
- Barros, L. (2007). Psicologia pediátrica e promoção da saúde. In Carvalho Teixeira (Org.). *Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção*. (p.161-185). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bayle, F. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica*, 22 (3), 621-627.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In: Berger, L., & Maillouse-Poirier, D. *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 44. Lisboa: INE
- Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Psicologia da saúde em Portugal: panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20 (1), 165-170.
- Carvalho Teixeira. (2007). Psicologia da saúde. In Carvalho Teixeira (Org.). *Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção*. (p.17-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho Teixeira, J. A. & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde – um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 359-365.
- Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da “passagem à reforma”. Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.).

- Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.45-73). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, D.; Martin, I.; Guedes, J.; Cabral-Pinto, F.; Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). O stress – emoções e estratégias de adaptação. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Imaginário, C. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau - Formação e saúde, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas provisórias da população residente, 2008 Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Lisboa: INE.
- Jesus, S. N. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.). *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (p. 81-97). Coimbra: Quarteto Editora.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lim, J. & Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 50.
- Machado, A., Freitas, C., & Jorge, M. (2007). O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev. Bras. Enferm*, 60 (5), 530-534.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 449-462.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.179-202). Lisboa: Climepsi Editores.

- Martin, I., Paúl, C. & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (1), 3-9.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4* (1), 131-148.
- Moura, C. (2006). Século XXI – Século do envelhecimento. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, lda.
- Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 950-961.
- Nolan, M., Grant, G., & Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 544-555.
- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). CAMI – a basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Adult/Elderly Care Nursing, 4* (14), 822-826.
- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton: Pavillon Publications.
- Pais- Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contextos portugueses. *Análise Psicológica, 4* (XIX), 491-502.
- Pais-Ribeiro, J. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5* (1), 3-15.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pereira, M. F. C. (2009). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Porto: Instituto de Ciências de Enfermagem Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. [\(26/07/2009\)](http://hdl.handle.net/10216/7152).
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetória*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Precioso, J. & Taveira, M. C. (2007). Psicologia e educação para a saúde em contexto escolar. In Carvalho Teixeira (Org.). *Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção*. (p.71-100). Lisboa: Climepsi Editores.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, J. L. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado. In Paúl, C. & Fonseca, A.(Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.231-254). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In Carvalho Teixeira (Org.). *Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção*. (p.235-250). Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade

- Nova de Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública. <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese.htm> (18/10/2008).
- Sequeira, C. (2005). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, J. S. (2006). *Quando a vida chegar ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, T. (2007). *Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde de Góias*. Brasília: Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em ciências da saúde, para obtenção do grau de mestre em Ciências da Saúde. http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2011/1/Dissert_TelmaPereiraVieirSilva2.pdf (20/08/2009)
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2007). Suporte Social. In Siqueira, M., Jesus, S., & Oliveira, V. (Eds). *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (p. 65-84). São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tap, P., Costa, E. & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 47-56.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In. A. S. Silva & J. M. Pinto (Eds). *Metodologia das ciências sociais* (p. 101-128). Porto: Afrontamento.

ANEXOS

ANEXO 1

Estimado Sr^a/Sr.

No âmbito do Curso de Mestrado em Psicologia da Saúde na Escola Superior de Educação de Beja/Universidade do Algarve, pretendemos realizar um estudo que permita conhecer a experiência e os sentimentos vivenciados pelos cuidadores informais de idosos dependentes. Com este estudo esperamos aumentar a compreensão desta situação, para no futuro melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos, pelo que a sua colaboração é fundamental para esse efeito.

Não há respostas certas ou erradas, o importante é a sua experiência.

As respostas que irá dar são confidenciais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda com sinceridade e assinale com um x a sua opinião.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e atenção.

QUESTIONÁRIO

Data: ____/____/____

Nº Cód.: _____

Parte 1

Esta primeira parte do questionário destina-se a recolher dados sócio-demográficos do cuidador informal. Coloque uma cruz (X) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua situação ou responda em breves palavras nos locais solicitados.

1. Sexo

₁ Feminino ₂ Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Estado civil

₁ Casado(a)/União de facto ₂ Solteiro(a)
₃ Viúvo(a) ₄ Divorciado(a)/Separado(a)

4. Situação Profissional

₁ Activo(a) Qual a profissão? _____ ₂ Estudante
₃ Reformado(a) ₄ Desempregado(a) ₅ Doméstica(o)/nunca trabalhou

5. Relação de parentesco

₁ Filha(o) ₂ Esposa(o) ₃ Irmã/irmão ₄ Outro. Qual? _____

6. Há quanto tempo cuida do seu familiar?

₁ Menos de 6 meses ₂ Entre 6 meses e 1 ano
₃ Entre 1 a 3 anos ₄ Mais de 3 anos. Quantos? _____ anos

7. Reside na mesma habitação que o seu familiar?

₁ Sim ₂ Não

8. Sente-se apoiado pela sua família?

₁ Sim ₂ Não

9. Sente-se apoiado pelos profissionais de saúde?

₁ Sim ₂ Não

10. Diga quais são as principais dificuldades que sente ao cuidar do seu familiar?

Nesta segunda parte do questionário agradecemos que responda a todas as perguntas, de forma sincera. Não há respostas certas ou erradas.

Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)
(Pais-Ribeiro, 1999)

Por favor assinale com uma cruz (X) a resposta que mais se adequa ao seu caso.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	1	2	3	4	5
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	1	2	3	4	5
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	1	2	3	4	5
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	1	2	3	4	5
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	1	2	3	4	5
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	1	2	3	4	5
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	1	2	3	4	5
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	1	2	3	4	5
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	1	2	3	4	5
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	1	2	3	4	5
15. Gostava de participar mais em actividades de organizações.	1	2	3	4	5

CAMI (Carers' Assessment of Managing Index)

(Nolan e col., 1998, tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

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

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:			
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado	
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam.	1	2	3	4
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas.	1	2	3	4
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação.	1	2	3	4
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento.	1	2	3	4
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género.	1	2	3	4
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.	1	2	3	4
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte.	1	2	3	4
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes.	1	2	3	4
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação.	1	2	3	4
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.	1	2	3	4
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação.	1	2	3	4
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico.	1	2	3	4
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes.	1	2	3	4
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras.	1	2	3	4
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa.	1	2	3	4

Se tem outras maneiras de **ENFRENTAR OS PROBLEMAS**, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, e em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI)
(Martins, Ribeiro & Garrett, 2003)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideram importantes ou mais frequentes. Por favor indique, referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não / Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o), esgotada(o) por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria(o) por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5

19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisa de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a tomar conta dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Satisfação do cuidador com os cuidados prestados

Considerando a sua maneira habitual de cuidar o seu familiar refira o seu grau de satisfação com os cuidados prestados. Expresse-se na seguinte escala com uma cruz (X).

Completamente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Agradecemos a sua colaboração!