

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL Y ANTROPOLOGIA**



**VNiVERSiDAD**  
**DSALAMANCA**

**TESIS DOCTORAL**

**SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES**  
**DE MAYORES DEPENDIENTES**  
**(SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS**  
**DE IDOSOS DEPENDENTES)**

**Doctoranda: Maria Augusta Pereira da Mata**

**Salamanca, 2012**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL Y ANTROPOLOGIA**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**TESIS DOCTORAL**

**SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES**  
**DE MAYORES DEPENDIENTES**

Trabalho de investigação realizado no âmbito do Doutoramento em "*Psicologia Social*" da Universidade de Salamanca pela **Doutoranda Maria Augusta Pereira da Mata**, sob a orientação da **Professora Doutora Maria Teresa Vega Rodríguez** e da **Doutora Berta Milheiro Nunes**.

Salamanca, 2012

## **AGRADECIMENTOS**

- A todos os professores do programa de doutoramento em Psicologia Social e Antropologia das Organizações pelo acolhimento, pelo saber e contributo em mais um passo no meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- À Mayte. Pela amizade, paciência, disponibilidade ilimitada, conhecimento e inestimável contributo no desenrolar deste trabalho;
- À doutora Berta Nunes pela abertura, disponibilidade e pelo contributo para a concretização deste meu sonho;
- À minha irmã Fátima pela paciência na leitura deste trabalho;
- Aos colegas e amigos que, em momentos de desalento, me incentivaram a continuar, e muito especialmente ao Carlos Magalhães que me disponibilizou a utilização da escala que construí;
- À Professora Ann Steffen pelo altruísmo demonstrado na facilitação para a utilização da escala por si construída e disponibilização da versão castelhana da mesma;
- À minha família, muito especialmente à Maria João, pelo tempo que deixei de lhes dedicar.

Aos meus pais

## **Lista de Siglas**

ABVD – Actividades básicas da vida diária

AE – Auto-eficácia

AIVD – Actividades instrumentais da vida diária

AVD – Actividades da vida diária

GFI – Goodness of Fit

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

RMSR – Root Mean Square Residual

## RESUMO

O presente estudo procurou analisar a sobrecarga, a solidão, os estereótipos acerca das pessoas idosas e a auto-eficácia do cuidador informal de idosos dependentes. Objectivou ainda identificar qual o melhor conjunto de variáveis preditivas da variação do valor global da sobrecarga e verificar se a auto-eficácia possui efeito mediador da sobrecarga. Para tal, elaborou-se um questionário que inclui a entrevista de carga do cuidador desenvolvida por Zarit na década de 1980, questões relativas à solidão retiradas da escala elaborada por Jong-Gierveld e Kamphuis (1984), a escala de estereótipos negativos acerca das pessoas idosas de Magalhães (2008) e uma adaptação da “The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy” desenvolvida por Steffen, et al (2002), que foi aplicado mediante entrevista a uma amostra de 232 cuidadores informais de idosos com dependência física e/ou mental, que residissem no distrito de Bragança.

Os resultados obtidos permitiram concluir que, aproximadamente metade dos cuidadores evidenciava níveis de sobrecarga intensa, verificando-se que a sobrecarga global e o stress psicológico aumentam com a idade do cuidador. Concluiu-se ainda que existe uma relação linear positiva entre solidão e a sobrecarga. Os dados permitiram ainda concluir que os estereótipos acerca das pessoas idosas são mais prevalentes nos cuidadores com idades mais avançadas e com habilitações literárias mais baixas, e que o global de estereótipos apresenta uma relação linear positiva com o global de sobrecarga. Relativamente à auto-eficácia concluiu-se que os cuidadores evidenciavam baixos níveis nas dimensões de auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos amigos e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar. Verificou-se ainda uma relação linear negativa entre a auto-eficácia global e a sobrecarga. A análise de regressão linear múltipla permitiu deduzir que a solidão constitui o melhor preditor da variação do valor global da sobrecarga. Pela análise de trajectórias constatou-se que a solidão apresenta dois efeitos indirectos na sobrecarga, mediados através da auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e da auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, e que a estereotipia de declínio biológico apresenta apenas efeitos indirectos na sobrecarga mediados pela auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar (via auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada).

## RESUMEN

El presente estudio ha pretendido analizar la sobrecarga, soledad, estereotipos acerca de las personas mayores y la auto-eficacia del cuidador informal de mayores dependientes, identificar el mejor conjunto de variables predictivas de la variación del valor global de la sobrecarga, y analizar si la autoeficacia posee un efecto mediador de la sobrecarga. Para tal, se elaboró un cuestionario incluyendo la entrevista de carga del cuidador desarrollada por Zarit, en los 80, cuestiones acerca de la soledad, retiradas de la escala elaborada por Jong-Gierveld y Kamphuis (1984), la escala de estereotipos negativos acerca de las personas mayores de Magalhães (2008) y una adaptación de la “Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy” desarrollada por Steffen, et al (2002), y que se aplicó a través de entrevistas a una muestra de 232 cuidadores informales de mayores con dependencia física y/o mental, residentes en el distrito de Braganza.

Los resultados obtenidos han permitido concluir que aproximadamente la mitad de los cuidadores presentaba niveles de sobrecarga intensa, demostrándose que la sobrecarga y el estrés psicológico crecen con la edad del cuidador. Aún se concluyó la existencia de una relación lineal positiva entre la soledad y la sobrecarga. Los datos permitieron concluir que los estereotipos acerca de las personas mayores son más prevalentes en los cuidadores con edades más avanzadas y con menos niveles de estudios y que el global de estereotipos presenta una relación lineal positiva con el global de sobrecarga. En relación a la autoeficacia se puede concluir que los cuidadores presentan bajos niveles en las dimensiones de autoeficacia para conseguir una pausa en la red social de los amigos y para controlar pensamientos negativos sobre el acto de cuidar. Se verificó aún una relación lineal negativa entre la autoeficacia global y la sobrecarga. El análisis de la regresión lineal múltiple ha permitido deducir que la soledad constituye el mejor predictor de la variación global de la sobrecarga. Con el análisis de trayectorias se constató que la soledad presenta dos efectos indirectos en la sobrecarga mediados a través de la autoeficacia para obtener una pausa junto a sus amigos y de la autoeficacia para controlar pensamientos negativos sobre el acto de cuidar, y que la estereotipia de declinio biológico presenta solamente efectos indirectos en la sobrecarga, mediados por la autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona a cargo y por la autoeficacia para controlar pensamientos negativos sobre el acto de cuidar (vía la autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona a cargo).

## **ABSTRACT**

The present study aims to analyze the burden, the loneliness, the negative stereotypes about old people as well as the informal caregiver of dependent old people's self-efficacy. It still aims to identify the best set of predictive variables for the burden variation and also to analyze if self-efficacy has a mediator effect on the caregiver's burden. To do so, a questionnaire was built including the caregiver's burden interview developed by Zarit in the 80's; questions about the caregiver's loneliness taken from the scale developed by Jong-Gierveld and Kamphuis (1984); the scale of negative stereotypes about old people built by Magalhães (2008) and an adaptation of "The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy" developed by Steffen, et al (2002), which was applied through interviews to a sample of 232 informal caregivers of old people with physical and/or mental dependency, living in the district of Bragança.

The results obtained allow us to conclude that, almost half of the caregivers show levels of intensive burden and that global burden and psychological stress increase with the caregiver's age. We still concluded that there is a positive linear relation between loneliness and burden. Data also allow us to come to the conclusion that the stereotypes about old people are more prevalent in older, with lower qualifications caregivers and that the global of stereotypes has a positive, linear relation with the caregiver's burden. As far as self-efficacy is concerned, it was concluded that the caregivers show low levels of self-efficacy in the domains of self-efficacy to get respite in the social net of friends and to control upsetting thoughts about care giving. It was also concluded that there is a negative linear relation between global self-efficacy and the caregiver's burden. The multiple linear regression analysis allows us to conclude that loneliness is the best predictive variable for the global burden variation. With the Path analysis, it was found that loneliness has two indirect effects on burden mediated by the self-efficacy to get respite in the social net of friends and to control upsetting thoughts about care giving. Also that the stereotypes about biological decline have only indirect effects on the caregiver's burden mediated by self-efficacy to respond to disruptive patient behaviors and self-efficacy to control upsetting thoughts about care giving (through self-efficacy to respond to disruptive patient behaviors).

## RESUMEN EN CASTELLANO

### 1-Introducción

Las estadísticas, nacionales e internacionales, nos confirman que el envejecimiento demográfico provocado por el aumento de la longevidad humana, debida a las mejores condiciones de salud y de vida de las poblaciones es una realidad presente en todo el globo terrestre, particularmente en los países industrializados.

Asociado al envejecimiento humano y debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, aparece también un aumento en el número de dependencias y incapacidades, lo que condiciona necesariamente la presencia de una tercera persona para cuidar del anciano dependiente. Esta función es habitualmente asumida por la familia, constituyéndose como la principal ayuda del anciano con dependencia física y/o mental y, termina por asumir completamente la responsabilidad de satisfacer las necesidades/actividades de la vida diaria (AVD), básicas y/o instrumentales y, donde habitualmente un elemento de la familia asume el papel del cuidador principal en esa prestación de cuidados.

Cuidar significa mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que se manifiestan de manera diferente. (Collière, 1989).

Paterson y Burgess (2009) definen al cuidador informal como, una persona que presta cuidados a alguien con dependencia física o mental y que necesita de ayuda para satisfacer sus necesidades de la vida diaria. Afirman también que, habitualmente este cuidador es un familiar, amigo o vecino que no recibe ningún tipo de salario por los cuidados que presta.

De acuerdo con un estudio realizado por las universidades de Castilla la Mancha, Murcia y la UNED, presentado en el XII Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación; los cuidadores informales de ancianos dependientes, ahorran al Estado entre 25.000 y 40.000 millones de euros/año, valores que corresponden a cifras entre el 2,29% y 3,79% del PIB (Noticias Médicas, 2011).

A pesar de esto, la función del cuidador informal ni siquiera es reconocida de forma legal, dando a entender que es una obligación familiar y las medidas legales, que proporcionan a la familia una vida con calidad, son nulas o prácticamente inexistentes. Así, el cuidador se transforma en un profesional invisible cuyo desempeño va afectar, seguramente, su salud y su calidad de vida.

Jocik Hung, Ribero Sánchez y Ramírez Bello (2003) afirman que, como resultado de su desempeño, el cuidador puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos, al cual generalmente se le denomina de carga y que puede ser objetiva o subjetiva. En un estudio realizado en cuidadores de personas con demencia, los autores refieren que la sobrecarga objetiva está relacionada con la ruptura de la vida social del cuidador, la cantidad de tiempo y dinero invertido en el cuidado familiar, así como a los problemas de conducta que presenta el cuidador. La sobrecarga subjetiva está relacionada con la percepción que el cuidador presenta de la repercusión emocional y de las necesidades y problemas relacionados con el acto de cuidar.

Zarit e Zarit. (1983), consideran la carga del cuidador como la llave para mantener en la comunidad a las personas con demencia, por lo que elaboraron un instrumento de medida – entrevista de carga del cuidador, que probablemente sea el instrumento más utilizado para evaluar la sobrecarga del cuidador.

Cuidar en los días de hoy, es seguramente mucho más difícil que en tiempos pasados. Como afirman Garcia-Calvente, Mateo-Rodriguez y Eguiguren (2004), con el aumento de la población anciana, no aumenta apenas el número de personas con necesidad de cuidados, también aumenta la complejidad de su prestación. Cada vez más las personas dependientes y las que padecen enfermedades graves son cuidadas por un familiar con recursos a la alta tecnología, aspecto que aumenta la complejidad del cuidado, pudiendo simultáneamente ayudar a aumentar la sobrecarga del cuidador.

Así, con el aumento de la capacitación de los cuidadores informales de ancianos dependientes, se va a contribuir para el aumento de su autoeficacia en cuanto cuidador, contribuyendo en simultáneo para su satisfacción y realización personal.

La definición de autoeficacia de Bandura (1994; 1998), es la que ha sido aceptada universalmente por los autores. Éste afirma que la percepción de autoeficacia, se define como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permiten obtener los resultados deseados, o sea, la creencia sobre su capacidad para producir efectos. Las creencias sobre la autoeficacia dictan la forma como las personas sienten, piensan, se motivan y se comportan.

Aunque el modelo de autoeficacia ha sido muy utilizado en investigaciones sobre el stress crónico y estrategias de afrontamiento, hace poco tiempo que se ha empezado a utilizar para ayudar a explicar las experiencias de familiares cuidadores de personas con demencia (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura, 2002). Así, mantienen que muchas dudas relacionadas con el acto de cuidar, pueden ser testadas utilizando el método de autoeficacia. Es de extrema importancia comprender la manera en que las creencias de autoeficacia, para aspectos específicos del cuidar, influyen en el cuidador. Del mismo modo, es importante comprender sus creencias sobre la capacidad de identificar áreas de vulnerabilidad, para poder tratar con la multiplicidad de exigencias del acto de cuidar y así, poder orientar a los profesionales para implementar intervenciones psicoeducativas, con vista a la promoción de la autoeficacia y bien estar del cuidador. De esta manera, desarrollaron dos estudios con la finalidad de elaborar un nuevo instrumento de medida de autoeficacia del cuidador, intentando corregir las limitaciones de los instrumentos que ya existían.

La autoeficacia puede desempeñar un papel mediador del nivel de sobrecarga del cuidador, en cuanto que otras variables, como los estereotipos acerca del anciano, pueden contribuir para el aumento de la misma.

Así, si el cuidador cree que el anciano es una persona dependiente e incapaz de realizar todas o algunas de las AVD, va a hacer esas actividades por él (en vez de “con él”) y de esta manera, va a contribuir para el aumento de la dependencia y incapacidad del anciano, aumentando concomitantemente su nivel de sobrecarga. Como afirma Fernandez-Ballesteros (1992), los estereotipos sobre las personas ancianas están tan enraizados que ayudan a propagar preconceptos, que no sólo discriminan y perjudican a los ancianos, como al resto de generaciones.

Magalhães (2010) realizó, en el 2008, una investigación en estudiantes universitarios del distrito de Braganza, y como resultado final obtuvo una escala de estereotipos negativos formada por 22 ítems, que fueron agrupados en cinco dimensiones.

## **2- Metodología**

### 2.1- Contextualización del problema y objetivos del estudio

En relación a la población, la región en la que está inserido el distrito de Braganza, está caracterizada por una pérdida de población a lo largo de la última década (INE, 2011) y por un continuo y acentuado envejecimiento de la población, confirmado por el INE (2009). Éste también afirma que la región de Tras-os-Montes, es una de las regiones del NUTS III donde se observa un índice de envejecimiento más elevado, acrecentando que las estimativas de la población residente en el distrito de Braganza, a 31 de Diciembre del 2008, mostraron un elevado índice de envejecimiento (229 ancianos por cada 100 jóvenes).

Por los motivos supra citados, se dio inicio a este estudio de investigación, para el que fueron definidos los siguientes objetivos:

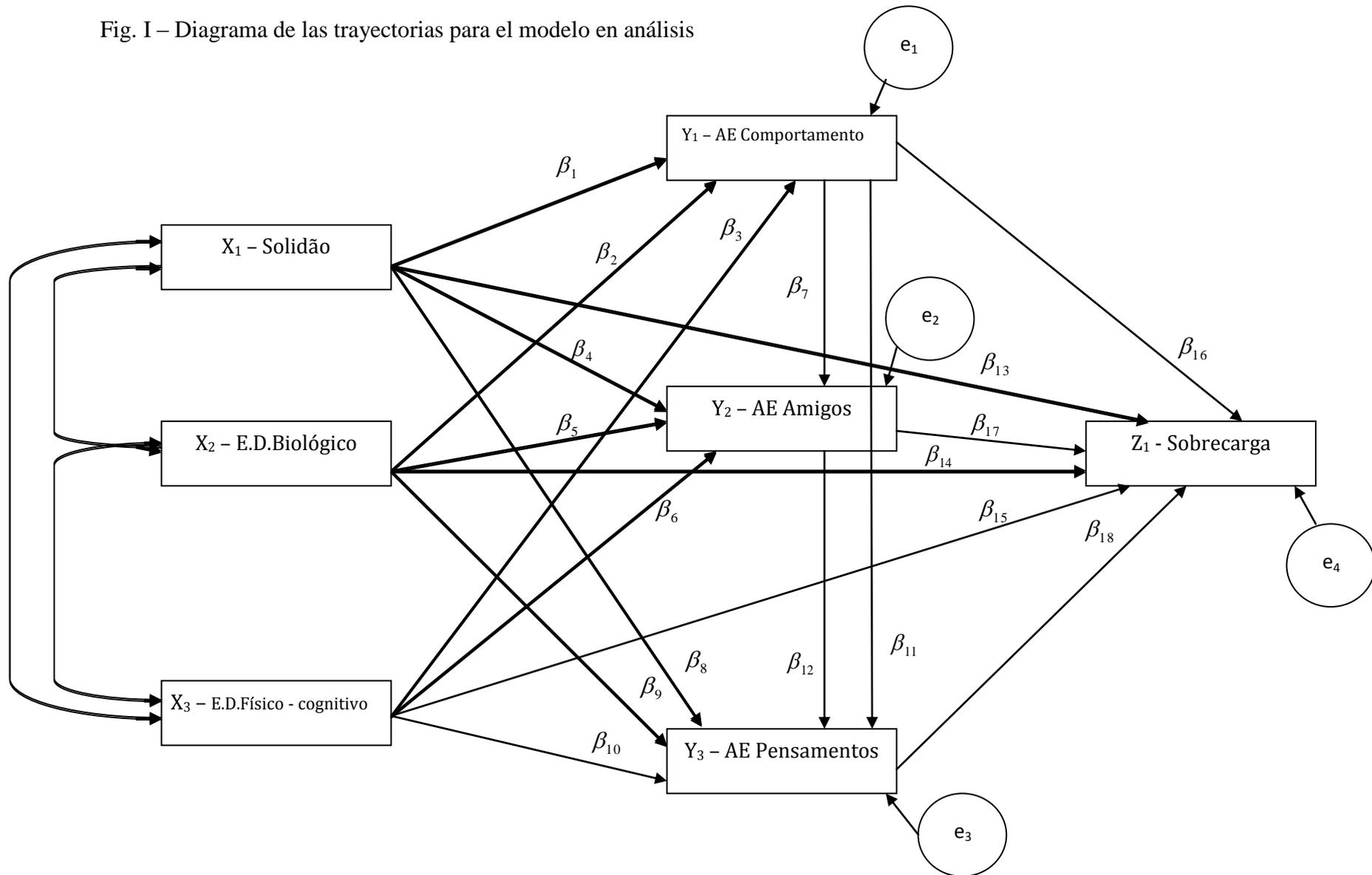
- Analizar la sobrecarga percibida por los cuidadores informales de ancianos dependientes, según las diferentes variables sociodemográficas y del cuidado;
- Analizar, describir la vida social de los cuidadores informales de ancianos dependientes y verificar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado;
- Identificar cuáles son los estereotipos acerca de los ancianos con más prevalencia en los cuidadores informales de ancianos dependientes, y analizar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado;

- Determinar el nivel de autoeficacia en los cuidadores informales de ancianos dependientes y analizar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado;
- Evaluar cual es el mejor conjunto de variables predictoras (soledad, estereotipos, autoeficacia) de la variación del valor global de sobrecarga del cuidador de ancianos dependientes;
- Analizar en qué medida la autoeficacia actúa como mediadora de la sobrecarga en cuidadores informales de ancianos dependientes.

Para poder alcanzar el último objetivo se tuvieron en cuenta los siguientes presupuestos (fig.I):

- a) La soledad presenta una relación lineal directa positiva con la sobrecarga e integra el conjunto de variables que mejor predicen el valor de la misma;
- b) El sumatorio global de la escala de estereotipos también presenta una relación lineal directa positiva con la sobrecarga y dos de sus dimensiones (estereotipo de declive físico-cognitivo y del declive biológico) constituyen dos variables predictoras de la modificación de su valor;
- c) La autoeficacia (autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos, autoeficacia para controlar pensamientos negativos sobre el acto de cuidar y autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada) actúa como mediadora entre las percepciones del cuidador (sentimiento de soledad y estereotipos) y del nivel global de sobrecarga.

Fig. I – Diagrama de las trayectorias para el modelo en análisis



## 2.2 – Participantes

### 2.2.1- Selección de la muestra

La muestra de cuidadores que participaron en el estudio se obtuvo a través del muestreo no probabilístico, denominado de muestreo con informantes estratégicos, y dentro de este tipo, las muestras escogidas por especialistas. Según Ribeiro (2007:43), las “muestras escogidas por especialistas – es un tipo de muestreo en el que se pide a un especialista que escoja individuos típicos que representen las características en estudio”. En esta investigación, los casos fueron seleccionados por los profesionales de los centros de salud que daban apoyo domiciliario a los pacientes con necesidades sociosanitarias, y por los directores técnicos de las instituciones de ancianos con apoyo domiciliario.

En la realización de esta investigación, la representatividad de la muestra constituía una preocupación constante por dos motivos. En primer lugar, porque no se conoce el número de ancianos dependientes que viven en su domicilio en el distrito de Braganza, y por consiguiente el número de cuidadores informales. Se intentó obtener algún dato a través de la seguridad social, pero ésta comunicó que no tenían estadísticas referentes a esos datos. En segundo lugar, la gran dificultad de contactar con los cuidadores, debido a la extensión del área estudiada y de las grandes distancias que tenían que ser recorridas.

Polgar y Thomas (1998), citados por Ribeiro (2007), afirmaban que no existe un número exacto de participantes que se considere el número óptimo. Ribeiro también defiende que esto es un asunto importante, pero no siempre comprendido, afirmando que “El número óptimo de participantes depende de las características y del contexto donde la muestra se recoge” (p.45), refiriendo que en psicología, las muestras son habitualmente no probabilísticas y como tal, el número de elementos a incluir depende del número de variables en estudio. Tinsley y Tinsley (1987), citados por el mismo autor, sugieren una regla para ser seguida e indican que deben ser considerados 5 ó 10 individuos como mínimo por cada variable.

Así, y teniendo en cuenta que las escalas utilizadas en este estudio tienen un número máximo de 22 ítems, fueron definidos 220 elementos para componer el estudio. De esta manera y después de recoger toda la información, fue posible entrevistar una muestra de 232 cuidadores informales de ancianos dependientes, que reunían los siguientes criterios de inclusión:

- Ser cuidador de una persona con 65 ó más años, portador de dependencia física y/o mental;
- No recibir cualquier tipo de sueldo por la función que ejercen.

### *2.2.2- Muestra: Los Cuidadores Informales de Ancianos Dependientes*

La muestra de cuidadores estudiada presenta una media de edad de 57,96 años (mín.:23; máx.: 89 años), un desviación estándar de 14,37 años y una mediana de 57 años de edad. Podemos observar que la mayor representatividad de la muestra se encuentra en las personas con 76 años, valor que corresponde a la moda. Del mismo modo, es posible verificar que aparte de los ancianos cuidadores, la franja etaria que le sigue con mayor representatividad es la comprendida entre los 50-59 años y a continuación la de personas con edades entre los 40-49 años.

Los resultados muestran un predominio del género femenino (a pesar de la prevalencia del 11,6% de individuos del género masculino), una alta prevalencia de personas casadas (79,3%), con estudios de educación primaria (48,2%), señalando que un 11,2% de los cuidadores no sabe leer ni escribir y el 16,4% son personas que no acabaron el primer ciclo de educación primaria. También se constató que en el género femenino existe una mayor proporción de cuidadoras con edades inferiores a 65 años, la situación se invierte para el género masculino, donde es mayor la proporción de cuidadores en la franja etaria de más de 65 años.

Los cuidadores son en su mayoría hijas de la persona a la que cuidan, con una prevalencia del 46,6%, se siguen las esposas con 24,6%, los maridos con 7,8% y las nueras con 5,6%. De señalar que un 4,3% de los cuidadores no tiene lazos familiares con la persona a la que cuidan, son amigos o vecinos que los ayudan por solidaridad.

En lo que concierne al agregado familiar, los más prevalentes son los constituidos por dos o tres elementos (38,4% y 22,4% respectivamente).

Apenas 92 cuidadores (39,7%) mencionaron que trabajaban fuera de casa, y de estos, el 12,5% ya pensaron bastantes veces en dejar el trabajo y el 4,7% lo pensaron muchas veces. El 57,6% afirma que es bastante difícil conciliar las dos tareas, el 7,3% refiere que es realmente muy difícil.

Cuando se les preguntó si tenían alguna ayuda para cuidar a la persona anciana dependiente, más de la mitad de los cuidadores (64,7%) respondieron de una manera afirmativa. La mayoría obtienen esa ayuda de los servicios de apoyo domiciliario (20,0%), de los hijos del propio cuidador (21,3%) y de otros familiares (14,0%). La ayuda total prestada por familiares se aproxima al 50%. Verificamos al mismo tiempo, que el 54,0% de las personas a las que les gustaría tener alguna ayuda, eligen a los familiares como primera opción.

El tiempo que los cuidadores llevan cuidando al anciano dependiente (tiempo de cuidado), varía entre los 3 meses y los 30 años. La media es de 4,72 años, la mediana corresponde a 3 años y la moda a 2 años de cuidado. De resaltar que tres personas no respondieron a esta pregunta, pues no sabían precisar el tiempo que llevaban cuidando al anciano dependiente. El principal motivo apuntado por los cuidadores, para ser los cuidadores principales, está relacionado con el hecho de ser los únicos que pueden hacerlo (30,2%), la proximidad de la residencia (17,2%), el hecho del dependiente ser su marido (13,8%), o esposa (6,%) y aún, porque la persona cuidada es la madre de la cuidadora y como tal siente un cariño especial por ella (10,3%). Es importante referir, que 4,7% de los cuidadores afirmaron que cuidan del anciano dependiente por ser una obligación que les asiste.

Cuidan a la persona dependiente de una manera continua. Apenas un número reducido de cuidadores (n=14; 6%), refieren que dividen el cuidado con otros familiares y de estos, el 50% realizan esa responsabilidad con una periodicidad de 3 meses.

Más de la mitad de los cuidadores (66,4%), afirman que no sufren ninguna enfermedad o incapacidad. El mayor porcentaje (23,1%) de los cuidadores que refieren tener alguna enfermedad, indican como el único problema de salud la hipertensión

arterial. Le siguen las quejas del foro osteoarticular con 21,8% y de la diabetes con 19,2%. Esta patología junto con la hipertensión arterial es referida por el 6,4% de las personas, existiendo también un 2,6% de cuidadores que mencionaron la hipertensión arterial asociada a enfermedades renales y del sistema musculoesquelético.

### *2.2.2 - Los ancianos – Objetivo de cuidados*

El grupo más representativo de ancianos cuidados (n=110; 47,4%), pertenece a la franja etaria de los 75-84 años. En el grupo de los 85-95 años están 71 ancianos (30,6%). En el intervalo de los 65-74 años hay 45 ancianos (19,4%) y el grupo con menos representación (n=6; 2,6%) es el de 95 y más años. La media de edad es de 81,1 años (mín.: 65; máx.: 99 años), la moda corresponde a los 84 años de edad y la mediana a los 82.

Se verifica que la mayoría (n=135; 58,2%) pertenece al género femenino y a excepción del grupo de los 65-74 años, donde los hombres están más representados, la prevalencia de las mujeres está presente en todos los grupos. La media de edad para el género masculino es de 76,6 años (mín.: 65 años; máx.: 96 años), con una mediana de 80 años y una moda de 84 años de edad. En el caso del género femenino, la media de edades corresponde a los 82,2 años (mín.: 65 años; máx.: 99 años), con una mediana de 83 años y una moda de 87 años de edad. Aproximadamente la mitad de los ancianos cuidados (48,3%) son casados y en un porcentaje ligeramente inferior (42,7%) se encuentran los viudos. Los solteros representan un 7,8% de la muestra de ancianos estudiada y, apenas un 1,3% son separados o divorciados.

Existe un elevado número de ancianos que no saben leer ni escribir (45,3%), en un porcentaje inferior (25,9%) se encuentran los ancianos que no acabaron la escolaridad obligatoria. Con la educación primaria hay un porcentaje del 28,0%; no hay ningún anciano con bachillerato y apenas encontramos un 0,9% con curso universitario.

Las demencias (enfermedad de Alzheimer y otras demencias) con un porcentaje del 28,0% constituyen la principal causa aislada de dependencia y/o incapacidad. La segunda causa aislada, con mayor prevalencia en este grupo, son los accidentes

cerebrovasculares (24,6%). Un porcentaje del 12,9% de los cuidadores desconocía cual era la causa específica de la dependencia e incapacidad de la persona a la que cuidaban, y pensaban que la causa podría ser la edad. Los otros motivos (neoplasias, enfermedad de Parkinson, ceguera, diabetes, insuficiencia renal crónica, obesidad mórbida, problemas respiratorios, HIV/SIDA, problemas de movilidad; como enfermedades osteoarticulares, esclerosis múltiple; que por tener frecuencias más bajas fueron agrupadas en este grupo), representan el 34,5% de las causas de dependencia y/o incapacidad.

## 2.3 – Procedimientos

### 2.3.1 – *Diseño del estudio*

Es un estudio observacional, analítico y transversal, pues como refiere Ribeiro (2007:51) en un estudio observacional “... el investigador no interviene. Desenvuelve procedimientos para describir acontecimientos que ocurren de una manera natural, sin su intervención y cuales son los efectos o relaciones de los acontecimientos con las variables y, cual es el efecto en los individuos del estudio”. Afirma también que estos estudios pueden ser descriptivos o analíticos, siendo que los analíticos “...permiten responder a la pregunta de por qué los individuos tienen aquellas características” (p.52). Para el mismo autor, los estudios analíticos pueden ser transversales, de caso-control y prospectivos, donde los transversales “... intentan explicar los resultados a través del análisis de las relaciones estadísticas (correlaciones) entre variables en un único momento” (p.52).

### 2.3.2 – *Procedimientos de recogida de datos*

Cuando el formulario estaba terminado y como se pretendía obtener ayuda en la recogida de información y identificación de casos, debido a la extensión del distrito de Braganza, se presentó el estudio en la antigua Sub-Región de Salud de Braganza (hoy Agrupamiento de los Centros de Salud del Nordeste). Estuvieron presentes en la

reunión, la antigua coordinadora de la Sub-Región de Salud, el director clínico, enfermeros supervisores y responsables, psicólogos y asistentes sociales. Fueron explicados los objetivos del estudio, definidos conceptos y las estrategias de recogida de datos. Posteriormente, se hizo la misma reunión con los directores técnicos de las instituciones de ancianos con servicio de apoyo al domicilio. Se obtuvo la colaboración de enfermeros, asistentes sociales, gerontólogos, psicólogos y médicos para aplicar el formulario entre Marzo del 2009 y Junio del 2010.

### *2.3.3- Procedimientos éticos e deontológicos*

Los cuidadores que reunían los requisitos para ser incluidos fueron invitados a participar en el estudio, fueron esclarecidos sobre los objetivos del mismo, garantizándoles su anonimato y la confidencialidad de los datos, con la finalidad de que su colaboración fuese voluntaria. También se les informó que podían negarse o abandonar su participación en cualquier momento si así lo deseaban. Del mismo modo fueron informados que tendrían acceso a los resultados del estudio. La recogida de datos se efectuó a través de una entrevista en el domicilio de los cuidadores, en un local reservado, con la finalidad de evitar la dispersión, constreñimientos u omisión de información al responder a las preguntas.

## 2.4- Instrumentos de Medida

Para poder realizar este estudio se elaboró un instrumento de recogida de datos: un formulario que consta de dos partes (anexo I):

La primera parte pretende obtener información sobre el cuidador principal del anciano dependiente y consta de las siguientes cuestiones:

- Datos sociodemográficos y del cuidado;
- Situación laboral – empleo, tipo de contrato de trabajo, percepción de la dificultad en mantener las dos actividades (empleo y ser cuidador);

- Situación de salud del cuidador – evaluada a través de la presencia de enfermedades o incapacidades.

Esta primera parte también incluye la escala de sobrecarga del cuidador, preguntas relativas a la soledad del mismo, escala de estereotipos negativos acerca del anciano y escala de autoeficacia del cuidador.

La segunda parte del instrumento de recogida de datos, pretende obtener información sobre el anciano al que se le prestan los cuidados y consta de preguntas relativas a datos sociodemográficos (edad, género, estado civil y escolaridad). También incluye la evaluación de las dependencias en las ABVD y AIVD (índices de Katz y de Lawton & Brody respectivamente).

#### *2.4.1 – Entrevista de Carga del Cuidador*

Para evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador se utilizó la “Entrevista de Carga del Cuidador”, elaborada por Zarit en 1983. Está formada por 22 ítems, evaluados en una escala de tipo Lickert y normalmente puntuados de 1 (nunca) hasta 5 (casi siempre). Es un instrumento que incluye la posibilidad de información acerca de la salud, vida social, vida personal, situación económica, situación emocional y tipo de relación, permitiendo realizar una evaluación de carga objetiva y subjetiva del cuidador (Sequeira, 2010) el cual identificó cuatro factores:

- Impacto de la prestación de cuidados; Relación interpersonal; Expectativas de cara al cuidar y Percepción de autoeficacia.

La escala permite obtener una puntuación mínima de 22 puntos y una máxima de 110, en los que la puntuación máxima corresponde a la mayor percepción de sobrecarga. Según el autor los puntos de corte son los siguientes:

<46 puntos – sin sobrecarga

46-56 puntos - sobrecarga ligera

>56 puntos – sobrecarga intensa.

Los cuidadores estudiados en este trabajo residen en una zona con características eminentemente rurales, han sido entrevistados en su domicilio, poseen características distintas de la muestra utilizada por el autor (cuidadores de ancianos dependientes que acuden a un servicio de psicogeriatría y a dos servicios de medicina de dos hospitales localizados en la segunda mayor ciudad de Portugal); por todos estos motivos fue necesario realizar un análisis de fiabilidad de la escala y un análisis factorial.

Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,902. Pero el ítem 8 (¿Siente que su familiar depende de sí? – Alfa= 0,906; correlación ítem-total = 0,106) e el ítem 20 (¿Siente que podría hacer más por su familiar? – Alfa= 0,903; correlación ítem-total = 0,280); hacían aumentar la consistencia de la escala si eran eliminados. Después de ser removidos, se hizo un nuevo análisis de consistencia y se obtuvo un Alfa de 0,907; del mismo modo el ítem 21 (¿Siente que podría cuidar mejor de su familiar? – Alfa= 0,909; correlación ítem-total= 0,288) hacia aumentar la fiabilidad de la escala si fuese eliminado. Se retiró de la escala y al realizar un nuevo análisis se obtuvo un Alfa de 0,909. Los resultados obtenidos pueden ser consultados en la tabla A (anexo II) y su interpretación nos permite verificar que la consistencia de la escala aumentaría si los ítems: 7 (¿Siente recelo por el futuro de su familiar?); 14 (¿Siente que su familiar espera que cuide de él/ella como si fuese la única persona de quien él/ella puede depender?) y el 15 (¿Siente que no tiene dinero suficiente para cuidar de su familiar, sumando este gasto a los otros?), fuesen retirados. Estos ítems no fueron eliminados, porque como se puede observar los valores de las correlaciones ítem-total son superiores a 0,3 y como tal permiten su inclusión.

Los restantes ítems fueron sometidos a un análisis factorial con rotación varimax. Las respuestas se agruparon en cuatro factores, que explican el 60,731% de la varianza total. Todos los factores presentan un valor propio (Eigenvalue) superior a 1, permitiendo así su aislamiento (Tabla B; anexo II):

Relación interpersonal; Stress psicológico; Constreñimientos como consecuencia del cuidar; Expectativas futuras de cara al cuidar.

Posteriormente se calcularon los siguientes puntos de corte:

<40 puntos – sin sobrecarga

40-48 puntos - sobrecarga ligera

>48 puntos – sobrecarga intensa.

#### *2.4.2- Escala Soledad*

Teniendo como base la escala soledad de Jong-Gierveld e Kamphuis (1984), se seleccionaron aquellas cuestiones que parecían más pertinentes para este estudio. Así, la soledad es evaluada por un total de 7 cuestiones, con tres posibles respuesta: 0 (no); 1 (más o menos); 2 (Sí).

De la misma manera que en el punto anterior, se empezó por establecer un reability analysis con la finalidad de evaluar la consistencia interna de la escala, así como la de todos los ítems que la componen. Se obtuvo un valor Alfa=0,838. Las estadísticas de la escala, en el caso que los ítems fuesen retirados (tabla D-Anexo II), mostraban que el ítem 6, con un Alfa de 0,857 aumentaban la fiabilidad de la escala, pero teniendo en cuenta que el valor de la correlación ítem-total es de 0,342 y por lo tanto nos permite su inclusión, se optó por mantenerlo.

A continuación, los ítems fueron sometidos a un análisis factorial con rotación varimax, éstos fueron agrupados en un único factor, mostrando que las cuestiones forman una escala unidimensional. Dadas las características de los ítems que integran el factor, éste se denominó de soledad, explica el 52,493% de la varianza y presenta un valor propio (Eigenvalue) de 3,674.

#### *2.4.3- Escala de Estereotipos Negativos Acerca de las Personas Ancianas*

Para poder obtener información sobre los estereotipos acerca de las personas ancianas, con mayor prevalencia en los cuidadores informales, se utilizó la escala elaborada por Magalhães (2008). Esta escala está constituida por 22 ítems, con

puntuaciones que varían entre el 1 (nada de acuerdo) y el 4 (bastante de acuerdo). En el análisis que se estableció, el autor obtuvo un Alfa de Cronbach=0,823.

Con la autorización del autor fueron retirados dos ítems de la escala, pues eran muy parecidos a otras dos preguntas. De esta manera, la escala quedó constituida por 20 afirmaciones y otros tantos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Al cuidador se le hace una afirmación y éste tiene cuatro opciones para responder (dos respuestas concordantes y otras dos discordantes).

Las respuestas a las cuestiones de la escala se sometieron a un análisis factorial con rotación varimax. En un primer análisis, los ítems fueron agrupados en seis factores; pero como algunos ítems saturaban en más que en una dimensión y había dos factores que incluían apenas uno o dos ítems, se forzó la extracción en cinco dimensiones, pero se obtenía un resultado muy parecido. Finalmente se forzó la extracción en cuatro factores. Se observó que el ítem 8 fue eliminado por tener una saturación inferior a 0,4 por lo que la escala final quedó formada por 19 ítems.

A continuación se testó la consistencia interna de la escala y de los ítems que hacen parte de la misma. Se observó un valor de Alfa de Cronbach de 0,86, lo que indica una buena consistencia. De la misma manera, todos los ítems mostraron una buena consistencia (Tabla E- anexo II).

Todos los factores presentan un valor propio (Eigenvalue) superior a 1, permitiendo así su aislamiento (Tabla F- anexo II), explican el 50,93% de la varianza y se denominan de la siguiente manera: estereotipo de declive social y cognitivo; estereotipo de declive bio-psicológico; estereotipo de declive psicológico y dependencia y estereotipo de declive biológico.

#### *2.4.4- Escala de Autoeficacia del Cuidador*

Como no existía ninguna versión portuguesa de “The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy”, se entró en contacto, a través de un correo electrónico, con una de las autoras, que rápidamente respondió, refiriendo que como la escala está publicada no era necesario pedir autorización. Amablemente envió una versión de la

escala en castellano, usada para poder ser aplicada a la población hispánica de los Estados Unidos (anexo IV).

La escala está formada por 15 ítems, distribuidos en tres dimensiones.

- Autoeficacia para conseguir una pausa; Autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona a la que cuidan; Autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar.

De acuerdo con todos los autores, en todas las dimensiones se obtuvieron valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,8.

Después de traducir el documento, se pudo observar que los autores en la dimensión “autoeficacia para conseguir una pausa”, se preguntaban sobre la capacidad del cuidador para pedir ayuda a un amigo o a un familiar. Por este motivo, se elaboró una cuestión para cada caso, pues se entiende que no es lo mismo pedir ayuda a una persona amiga que a un familiar. Debido a esta situación, se duplicó el número de cuestiones en esta dimensión.

En los ejemplos que se presentaban en las diferentes cuestiones, los autores utilizaban siempre o casi siempre la misma actividad, hecho que se alteró en la versión de la escala utilizada.

Se añadieron dos cuestiones que se consideraron pertinentes:

- Una hace referencia a la colocación de límites al familiar, en la dimensión de autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona a la que cuidan;
- La otra, es sobre el sentimiento de culpa por tener malos pensamientos en relación al familiar, en la dimensión de autoeficacia para controlar pensamientos negativos en relación al acto de cuidar.

Por todo lo expuesto anteriormente, la escala adaptada que se utilizó en este estudio, presenta 22 ítems.

Los autores utilizaron una escala de medida del 0% (cero) al 100% (cien) para medir el grado de seguridad en la capacidad de realizar las actividades cuestionadas, donde el cero corresponde a “nada capaz” y los cien a “completamente capaz”.

Fue elaborada una nueva escala, utilizando la misma métrica y se pidió a un grupo de profesionales que incluían enfermeros, psicólogos, asistentes sociales y gerontólogos; potenciales colaboradores en la recogida de datos, que analizaran y dieran su opinión en relación a la dificultad/ facilidad en comprender y rellenar la referida escala. Todos estaban de acuerdo en que sería difícil, para los cuidadores, responder en una escala del cero al cien. Por este motivo, se decidió modificar la métrica de la escala, optando por elaborar una escala tipo Likert, con puntuaciones entre los 0 (cero) y 4 (cuatro), donde los valores corresponden a:

- Cero - nada capaz (0%)
- Uno – poco capaz (25%)
- Dos – moderadamente capaz (50%)
- Tres – bastante capaz (75%)
- Cuatro – completamente capaz (100%).

A continuación, se analizó la consistencia interna de la escala de autoeficacia del cuidador y de los ítems que la integran a través del Alfa de Cronbach; se obtuvo un valor de 0,879. Analizando la tabla H (anexo II), se observa que el hecho de retirar algún ítem no aumentaría la fiabilidad de la escala.

Una vez realizado el análisis factorial, se redujeron las cuestiones a cuatro factores. Todos los factores presentan un valor propio (Eigenvalue) superior a 1, permitiendo así su aislamiento. Los cuatro factores encontrados explican el 68,06% de la varianza, el porcentaje de explicación de la varianza y de la consistencia interna de cada factor se pueden observar en la tabla I (anexo II) y se denominan:

Autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona a la que se cuida; autoeficacia para conseguir una pausa con la red social de amigos; autoeficacia para conseguir una pausa con la red social de familiares y autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar.

La puntuación obtenida en esta escala varía entre los 0 y los 88 puntos, siendo que a una mayor puntuación, corresponde una mayor autoeficacia. Sin embargo, el análisis de la escala no se debe centrar en el sumatorio de la misma, sino en el análisis individual de cada dimensión.

#### *2.4.5- Evaluación de la Dependencia de la Persona Cuidada.*

Necesitando recoger información sobre los niveles de dependencia de los ancianos cuidados, se aplicaron los índices de Katz y de Lawton & Brody, que se explican a continuación:

##### Índice de Katz

El índice de Katz es uno de los instrumentos más utilizados en los estudios de índole gerontológica, aunque haya sido publicada en el año 1963. Según Arrazola, Lazaun, Mancchola y Mendez (2001), la evaluación de la independencia o dependencia funcional de los ancianos se basea en:

- Bañarse (ducha o bañera)
- Vestirse
- Ir al baño (WC)
- Movilización
- Continencia (control de esfínteres)
- Alimentación.

El índice de Katz es un óptimo instrumento para la evaluación funcional geriátrica individual, porque nos permite obtener un excelente conocimiento del anciano, teniendo en cuenta las intervenciones en áreas de dependencia específicas. Sin embargo, la cuantificación de las variables del índice dificulta su utilización en investigación, motivo por el que esta escala se ha ido adaptando con la autorización del autor. Duarte, Andrade y Lebrão (2007), muestran el caso del estudio desarrollado por

el servicio de geriatría del Estado de California, en el que el índice fue reclasificado en tres categorías:

- Más independiente, intermedio y más dependiente.

En este estudio se utilizó la metodología seguida por Guimarães, Galdino, Martins, Abreu, Lima y Vitorino (2004), en la que el índice de Katz presenta una puntuación del 1 al 3, representado el nivel de dependencia e independencia de la persona.

Con base en los presupuestos, cada anciano puede tener una clasificación que varía entre un mínimo de 6 y un máximo de 18 puntos. La clasificación es la siguiente:

≤ 6 - Dependiente; 7-12 – dependencia parcial; 13-18 – Independiente.

#### Índice de Lawton y Brody

Para evaluar la funcionalidad instrumental de la vida diaria, una de las escalas más utilizadas es la que desarrollaron Lawton y Brody en el año 1969. Las actividades instrumentales de vida diaria, son aquellas que necesitan de las capacidades físicas y mentales más complejas. (Arrazola, Lezaun, Manccgola & Mendes, 2001). Los mismos autores afirman que este instrumento fue creado específicamente para personas ancianas y consta de ocho ítems:

Capacidad de usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar de la casa, cuidar de la ropa, utilizar los medios de transporte, responsabilizarse por su propia medicación y saber utilizar el dinero.

En la primera escala que se utilizó, que es la más usada, la puntuación máxima es de ocho puntos y corresponde a la máxima independencia y la puntuación mínima es de cero, lo que indica la máxima dependencia.

A pesar de que ésta es la versión más conocida y utilizada, en este estudio se optó por aplicar la escala que fue validada para la población portuguesa por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto y Martins (2008). Los autores validaron la escala de Lawton policotómica, donde la puntuación más baja corresponde a la peor

funcionalidad. Validaron también la escala original – escala dicotómica -. Evaluaron las cualidades psicométricas de las dos escalas y obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0,91 para la versión dicotómica y de 0,94 para la policotómica, concluyendo que la escala con puntuación alternativa tiene buenas cualidades psicométricas para ser utilizada en un contexto comunitario, pues nos permite distinguir mejor a las personas relativamente a la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Dado que no son conocidos los valores de corte de esta escala, en el presente estudio los ancianos fueron clasificados de la siguiente manera:

$\leq 6$  – mayor nivel de dependencia;  $> 6$  – menor nivel de dependencia.

## 2.5 – Metodología del Tratamiento de Datos

El tratamiento estadístico fue realizado recurriendo al programa informático *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences: *PSAW Statistics 18*) y Excel 2010, utilizando la siguiente metodología estadística:

- Para establecer la caracterización de la muestra de los cuidadores de ancianos, se utilizó una estadística descriptiva, recurriendo al cálculo de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión;

- Para verificar si las variables seguían una distribución normal, se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov;

- La concretización del primer objetivo, se realizó a través del análisis factorial y Reliability Analysis – Scale (Alpha), determinando el coeficiente de Alfa de Cronbach. También se utilizaron los test t de student, U Mann-Whitney, One-Way ANOVA, test de Scheffé, Kruskal-Wallis, test del Chi-cuadrado y testes de correlación de Pearson o Spearman,

- En los objetivos 2,3 y 4, se utilizó la metodología estadística referida en el objetivo anterior, a excepción del test de chi-cuadrado, además se utilizó el análisis de regresión lineal simple.

-Para seleccionar el mejor conjunto de variables predictoras, de la variación del nivel de sobrecarga (objetivo 5), se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple por el método de backward.

-Para el estudio del objetivo 6 – Analizar en qué medida la autoeficacia actúa como mediadora de la sobrecarga en cuidadores informales de ancianos dependientes, se diseñó el modelo casual hipotético – con base a lo que describió Maroco (2007) a través del diagrama de trayectorias, el cual fue testado a través del análisis de trayectorias (path analysis) y que se explica a continuación:

Con base en los resultados obtenidos a través del análisis de regresión múltiple y con el propósito de seleccionar el mejor conjunto de variables predictoras de la variación de la sobrecarga ( $Z_1$ - variable dependiente), se seleccionaron como variables exógenas independientes (sólo presentan flechas a salir de ellas) las siguientes:

- $X_1$ - Soledad;  $X_2$  – estereotipo de declive biológico;  $X_3$  - Estereotipo de declive físico-cognitivo.

La variabilidad de las variables independientes seleccionadas no tiene causas conocidas, su variabilidad viene determinada por variables no consideradas en el modelo (Maroco, 2007).

La variable Y (autoeficacia), es considerada variable endógena mediadora (presenta flechas que entran y salen de ella). En este caso consideramos tres dominios de autoeficacia:

- $Y_1$  – autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada;  $Y_2$  – autoeficacia para conseguir una pausa con la red social de amigos;  $Y_3$  – autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar.

La variable Z es una variable endógena dependiente (sólo tiene flechas en su dirección).

De acuerdo con el mismo autor, la variabilidad de la variable endógena se explica por las variables exógenas y/o por otras variables endógenas presentes en el modelo. Así, en esta investigación, la variabilidad de la sobrecarga se explica a través de la soledad, estereotipo de declive biológico, estereotipo de declive físico-cognitivo y/o por las dimensiones de autoeficacia (para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, para conseguir una pausa junto la red social de amigos y para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar).

La proporción de la variabilidad de las variables endógenas, que no se explica por las relaciones casuales hipotéticas del modelo, constituye los errores (variabilidad no explicada) (Maroco, 2007). En este estudio, los errores o variabilidad de las tres dimensiones de la autoeficacia y de la sobrecarga no explicada, está representada por  $e_1, e_2, e_3, e_4$ .

La dirección de las flechas en las líneas rectas indica el sentido de la relación causa-efecto entre las variables. El segmento curvo con dos flechas en la extremidad, indica la asociación entre las variables sin cualquier tipo de hipótesis de causa-efecto asociada. La intensidad de la relación entre las variables viene determinada por el coeficiente de trayectoria – Path Coefficients o  $\beta$ s.

Para construir el modelo de trayectorias, se utilizaron los elementos gráficos de la tabla I.

**Tabla I-** Elementos gráficos utilizados en el modelo de trayectorias.

1	VARIABLES EXÓGENAS (INDEPENDIENTES) (sin flechas apuntando para ellas) – soledad, estereotipo de declive biológico y estereotipo de declive físico-cognitivo respectivamente.
$Y_1, Y_2 \text{ e } Y_3$	VARIABLES ENDÓGENAS (MEDIADORAS) (con flechas apuntando para ellas y saliendo de ellas) – AE para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, AE para conseguir una pausa junto a los amigos, AE para controlar pensamientos inadecuados de la persona cuidada respectivamente.
$Z_1$	VARIABLE ENDÓGENA DEPENDIENTE - SOBRECARGA
→	RELACIÓN CASUAL, DE CAUSA Y EFECTO
↔	VARIABLES MERAMENTE CORRELACIONADAS (sin relación causa-efecto)
$\beta_{ij}$	COEFICIENTE DE TRAYECTORIA, COEFICIENTES DE REGRESIÓN ESTANDARIZADOS.
$e_i$	ERROR O VARIABILIDAD NO-EXPLICADA (variable no observada directamente)

También se realizó la descomposición de las asociaciones entre las variables en los siguientes tipos de efectos:

Efectos directos – relación directa entre las variables, estimada por el coeficiente de trayectoria de una variable para otra.

Efectos indirectos o mediadores – el efecto de una variable se hace sentir indirectamente a través de otra variable, siendo estimada por el producto de los coeficientes de trayectoria que unen variables entre sí y en el mismo sentido (de causa para efecto).

Efectos no analizados - Efectos debidos a causas correlacionadas entre dos variables.

Efectos espurios – Efectos debidos a causas comunes de una variable, es decir, es la asociación entre dos variables y, en parte, responsable por la asociación de cada una de ellas con una tercera variable.

La suma de los efectos directos e indirectos (efecto total) es una estimativa de la asociación casual entre dos variables.

La suma de los efectos no analizados y de los espurios, es una estimativa de la asociación no-causal.

De este modo, la correlación entre dos variables se puede descomponer en cuatro componentes aditivas estimadas respectivamente por los efectos directos, indirectos, no analizados y espurios, siendo que esta descomposición nos permite entender la importancia relativa de cada efecto analizado en la correlación.

La comparación, de la correlación observada con la correlación prevista por el modelo (como resultado de la suma de los diferentes tipos de efectos de las trayectorias consideradas en el modelo), nos permite decidir sobre la plausibilidad del modelo de trayectorias, para poder explicar el fenómeno de correlación en estudio.

El modelo en análisis puede ser clasificado como modelo recursivo, pues todas las relaciones casuales son unidireccionales.

La estimación de los coeficientes de trayectorias del modelo en análisis, es hecha recurriendo al siguiente conjunto de ecuaciones de regresión lineal:

$$Y_1 = \beta_1 X_2 + e_1$$

$$Y_2 = \beta_2 X_1 + e_2$$

$$Y_3 = \beta_3 X_1 + \beta_4 Y_1 + e_3$$

$$Z_1 = \beta_5 X_1 + \beta_6 X_3 + \beta_7 Y_1 + \beta_8 Y_2 + \beta_9 Y_3 + e_4$$

La significancia estadística de cada coeficiente de trayectoria, se obtiene aplicando testes de t de student a los coeficientes de regresión.

Del mismo modo, se va a testar el ajustamiento del modelo causal propuesto a los datos observados, una vez que el objetivo del modelo es explicar de la manera más simple posible, las asociaciones observadas entre las variables. Teniendo en cuenta que el SPSS no tiene ningún módulo de análisis de ecuaciones estructurales, el ajustamiento del modelo será calculado en el programa Excel 2010, a través del *Root Mean Square*

*Residual* (RMSR), que estima la diferencia entre las covarianzas estimadas por el modelo y las covariaciones observadas o, de igual modo, si el análisis es hecho en las variables estandarizadas, las diferencia entre las correlaciones estimadas por el modelo y las correlaciones observadas a través de la aplicación de la siguiente fórmula ( Meehl & Waler, 2002, citado por Maroco, 2007):

$$\text{RMSR} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^p \sum_{i=j+1}^p (\rho_{ij} - r_{ij})^2}{p+q}}$$

Donde:

$\rho_{ij}$  son las correlaciones previstas por el modelo, estimadas por la suma de la asociación causal ( efectos directos y efectos indirectos);

$r_{ij}$  son las correlaciones observadas entre las variables

Si  $\text{RMSR} < 0,1$ , se puede asumir empíricamente que el ajuste del modelo es bueno y si  $\text{RMSR} < 0,05$ , el ajuste es muy bueno.

Aparte del RMSR, otro índice de la calidad del ajuste que se puede calcular, es el de GFI del método de los mínimos cuadrados no ponderados:

$\text{GFI} = 1 - 0,5 \text{tr} * (\text{R-II})^2$  (valores de GFI superiores a 0,09 indican un buen ajuste del modelo a los datos) (Maroco, 2007).

A parte de lo descrito anteriormente, para que los resultados del análisis de trayectorias puedan ser utilizados con confianza, es necesario que se confirmen los siguientes presupuestos:

- Todas las relaciones son lineales y aditivas;
- Los errores son distribuidos normalmente, independientes entre sí y no están correlacionados con las variables del modelo;
- El flujo causa-efecto sólo ocurre en una dirección (modelo recursivo);
- Las variables son cuantitativas;
- Las variables son medidas sin error (fiabilidad perfecta).

### **3 –Presentación de los Resultados**

3.1 – Objetivo 1 – Analizar la sobrecarga percibida por los cuidadores informales de ancianos dependientes, según las diferentes variables de caracterización del estudio.

De una manera global, los cuidadores obtuvieron una media de sobrecarga de 46,39 puntos (mín.: 19; máx.: 87 puntos), una mediana de 47 y una moda de 46 puntos. El desviación estándar corresponde a 13,68 puntos y el coeficiente de variación calculado es de 29,48%, lo que indica una elevada dispersión de los valores en relación a la media global de sobrecarga.

En la dimensión de carga de relación interpersonal, los cuidadores podían obtener un mínimo de 6 y un máximo de 30 puntos. La media obtenida en esta dimensión fue de 11,39 (mín.:6; máx.: 26 puntos), correspondiendo a una mediana de 10 y a una moda de 6 puntos. El desviación estándar es de 4,86 puntos y el coeficiente de variación corresponde al 42,67%, indicando una elevada dispersión de valores en relación a la media de sobrecarga en esta dimensión.

En la dimensión de stress psicológico, los valores de sobrecarga pueden variar entre un mínimo de 6 y un máximo de 30 puntos. Se obtuvo una media de 14,99 puntos (mín.:6; máx.: 29 puntos), una mediana de 15 y una moda de 16 puntos. El desviación estándar tuvo un valor de 5,27 puntos y el coeficiente de variación es de 31,16%, mostrando también una elevada dispersión de valores en relación a la media de sobrecarga en esta dimensión.

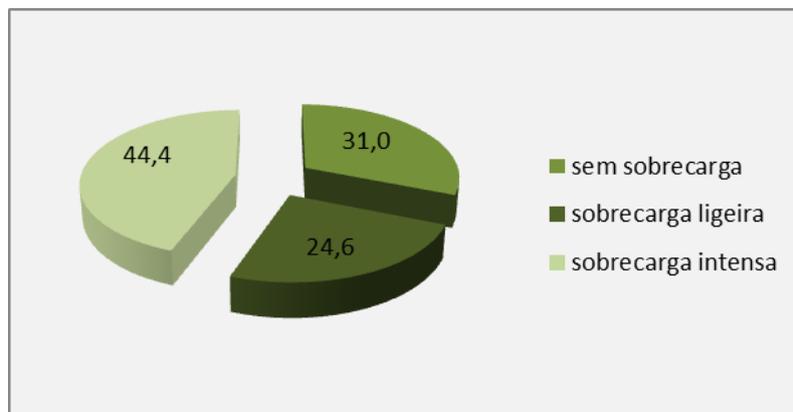
En la dimensión de constreñimiento como consecuencia del cuidar, los valores podían variar entre 4 y 20 puntos. Se obtuvo una media de 10,34 puntos (mín.:4; máx.: 20 puntos), una mediana de 10 puntos y una moda de 12. El desviación estándar fue de 3,90 puntos y el coeficiente de variación del 37,72%, indicando también una elevada dispersión de valores en relación a la media de sobrecarga en esta dimensión.

Finalmente, en la dimensión de expectativas futuras de cara al cuidado, los valores varían entre 3 y 15 puntos. Se obtuvo una media de 9,67 puntos (mín.:3; máx.: 15 puntos), una mediana de 10 y una moda de 9 puntos. El desviación estándar es de

2,68 puntos y el coeficiente de variación tiene un valor de 27,71%, indicando una moderada dispersión de valores en relación a la media de sobrecarga en esta dimensión.

Aproximadamente la mitad de los cuidadores (44,4%), está incluida en el grupo que demuestra sobrecarga intensa. Los restantes 31,0% no demuestran sobrecarga y el 24,6% se engloban en el nivel de sobrecarga ligera (gráfico I).

Gráfico I- Distribución de los cuidadores según los niveles de sobrecarga



También se verificó que existe una correlación positiva baja, pero significativa, entre la edad y la sobrecarga global ( $r_s=0,161$ ;  $p=0,014$ ), bien como entre la edad y el stress psicológico ( $r_s=0,200$ ;  $p=0,002$ ), o sea, con estos resultados podemos deducir que cuanto mayor es la edad, mayor es el nivel global de sobrecarga y el stress psicológico.

Del mismo modo se pudo observar que las medias de sobrecarga global, de stress psicológico, de constreñimiento y de las expectativas futuras de cara al cuidado, son superiores en los cuidadores del género femenino, en cuanto los hombres muestran mayores valores de sobrecarga en la dimensión de relación interpersonal.

Los cuidadores que terminaron la educación secundaria, presentan medias más elevadas de sobrecarga global, de stress psicológico y de constreñimientos como consecuencia del cuidar. En la dimensión de relación interpersonal, son las personas sin escolaridad, o que no acabaron ningún ciclo de estudio, los que muestran mayores niveles de sobrecarga, sin embargo, en la dimensión de expectativas de cara al cuidar, el

nivel de sobrecarga es más elevado en las personas que tienen el primer ciclo de educación primaria;

Los cuidadores separados y/o divorciados muestran un nivel más elevado de sobrecarga global, además de presentarlo también en la dimensión de relación interpersonal. En la dimensión de stress psicológico, son los viudos los que presentan mayor nivel de sobrecarga, en cuanto que en la dimensión de las expectativas futuras de cara al cuidar, los casados y los separados y/o divorciados son los que muestran los niveles más elevados de sobrecarga,

Los cuidadores que no ejercen otra actividad, aparte de cuidar del anciano dependiente, evidencian medias más elevadas de sobrecarga global y en todas las dimensiones de la escala;

A pesar de las diferencias observadas en el análisis descriptivo, la aplicación de los testes t de student, One Way ANOVA o Kruskal-Wallis no demostraron la existencia de diferencias significativas entre las medias de sobrecarga en los diferentes grupos.

También se verificó que el grado de dificultad, que existe entre la conciliación del trabajo con el cuidado prestado al anciano dependiente, presenta correlación significativa con la dimensión de la relación interpersonal ( $p=0,043$ ), con la de stress psicológico ( $p=0,016$ ), con la de constreñimiento como consecuencia del cuidar ( $p=0,016$ ) y de una manera altamente significativa con la de expectativas de cara al cuidar ( $p=0,009$ ) y con la sobrecarga global ( $p=0,004$ ). Así, se puede deducir que aunque el valor de las correlaciones es bajo, cuanto mayor es el grado de dificultad en la conciliación del trabajo con la función de cuidar, mayor es el nivel de sobrecarga.

El número de elementos del agregado familiar presenta correlación negativa baja, pero altamente significativa, con la dimensión del stress psicológico ( $p=0,001$ ) y significativa con la sobrecarga global ( $p=0,023$ ). De acuerdo con los resultados, se puede decir que cuanto mayor es el número de elementos del agregado familiar, menor es el nivel de stress psicológico y de sobrecarga global.

El análisis de las proporciones, entre los tres niveles de sobrecarga y dos de las características de los ancianos cuidados: la dependencia según los índices de Katz y Lawton y el motivo de la dependencia, evidenció que en la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, existe mayor número de cuidadores sin sobrecarga, y con niveles de sobrecarga intensa que cuidan de ancianos con dependencia parcial. En relación a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, los cuidadores con los tres niveles de sobrecarga se distribuyen mayoritariamente por los ancianos con mayor nivel de dependencia. A pesar de esto, la aplicación del test del chi-cuadrado, no demostró la evidencia de diferencias significativas en las proporciones entre los niveles de sobrecarga según la dependencia.

3.2 – Objetivo 2 – Analizar, describir la soledad de los cuidadores informales de ancianos dependientes y verificar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado.

Los cuidadores podían alcanzar un mínimo de 0 puntos y un máximo de 14, con un punto medio de 7 puntos. De una manera global, se obtuvo una media de 4,24 puntos, una mediana de 3 y una moda de 0 puntos, mostrando niveles de soledad inferiores a la media teórica de la escala.

Tal como en la variable anterior, en este objetivo también se realizó el análisis de la soledad según las variables de caracterización, empezando por el análisis de la correlación entre la soledad y las variables cuantitativas como la edad, número de elementos del agregado familiar, tiempo del cuidado y dificultad en conciliar el trabajo con la función de cuidar. Los resultados que se obtuvieron muestran que existe correlación negativa baja entre la soledad y el número de elementos del agregado familiar ( $p=0,001$ ), correlación positiva moderada entre la soledad y la dificultad en conciliar el trabajo con el cuidar ( $p=0,002$ ) y positiva baja con la edad ( $p=0,027$ ). Con estos resultados, parece que la soledad disminuye con el número de elementos del agregado familiar y aumenta con la edad y con la dificultad en conciliar el trabajo con la función de cuidar.

Las personas del género femenino, que no tiene ayuda en la función de cuidar, no trabajan fuera de casa, viudas, con estudios de educación secundaria y son esposas o tienen otro grado de parentesco con la persona a la que cuidan, presentan medias de soledad más elevadas que los restantes cuidadores. No en tanto, al aplicar los testes de U Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, sólo el primero nos confirmó la existencia de diferencias significativas en las medias de soledad entre quien trabaja fuera de casa y quien no tiene otra ocupación aparte de cuidar. ( $p=0,013$ ).

A través del análisis de regresión lineal simple (tabla II), todavía se puede deducir que existe una relación moderada entre la sobrecarga y la soledad ( $R=0,528$ ) y que el 27,8% de la variación del nivel de sobrecarga se explica por la soledad ( $R^2=0,278$ ). El modelo explica el 27,5 de la variación del nivel de sobrecarga ( $R^2$  ajustado=0,275). El análisis también nos permite verificar que, cuando la soledad aumenta un punto, la sobrecarga aumenta aproximadamente 0,5 puntos ( $\beta=0,528$ ).

**Tabla II** – Coeficientes de la recta y resumen del modelo de regresión lineal simple entre la sobrecarga y la soledad.

Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	38,227	1,156		33,074	,000	35,950	40,505
soledad	1,919	,204	,528	9,420	,000	1,518	2,321
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado		SE	Durbin-Watson	
1	,528 <sup>a</sup>	,278			,275	11,64670	1,478

3.3 – Objetivo 3 - Identificar cuáles son los estereotipos acerca de los ancianos que más prevalecen en los cuidadores informales de ancianos dependientes y analizar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado.

En el análisis de los estereotipos con más prevalencia, se destaca el predominio de respuestas discordantes con los estereotipos negativos presentados. A pesar de esto, se verifican mayor número de respuestas concordantes en relación a los siguientes

estereotipos: - Regla general, la vejez constituye la etapa de mayor dependencia - 85,3%; Las personas ancianas sufren más soledad que los jóvenes - 81,5%; Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia - 77,6%; Cuando veo arrugas en la piel me acuerdo de la vejez - 66,8%; Vejez es sinónimo de declive físico - 65,5%; Las personas ancianas son incapaces de mudar y adaptarse a nuevas situaciones - 50,4%.

También se observó, que cuanto mayor es la edad de los cuidadores, mayor es la prevalencia de estereotipos de declive cognitivo y social ( $p < 0,001$ ), del declive físico y cognitivo ( $p < 0,001$ ), del declive biológico ( $p < 0,001$ ) y de estereotipos totales ( $p < 0,001$ ). Cuanto mayor es el número de elementos del agregado familiar, menor es la prevalencia del estereotipo de declive cognitivo y social ( $p < 0,021$ ), del declive físico y cognitivo ( $p < 0,001$ ), del declive biológico ( $p < 0,001$ ) y de estereotipos totales ( $p < 0,001$ ). La dificultad en conciliar el trabajo con la función de cuidar, apenas se correlaciona de forma positiva y significativa con el estereotipo de declive biológico ( $p = 0,009$ ), pareciendo mostrar, que cuanto mayor es la dificultad en conciliar las dos tareas, mayor es la prevalencia de este dominio.

En la comparación de medias, fue posible verificar que quien no ejerce otra actividad fuera de casa, presenta medias más elevadas de estereotipos con diferencias estadísticamente significativas en el global de la escala ( $p < 0,001$ ) y en las dimensiones: estereotipo de declive cognitivo y social ( $p < 0,014$ ); del declive físico y cognitivo ( $p < 0,001$ ) y de estereotipos de declive biológico ( $p < 0,001$ ). También se verificó que las personas sin escolaridad y con pocos estudios, presentan medias de estereotipos más elevadas. La aplicación de los testes One-Way ANOVA y de Kruskal-Wallis, confirman la existencia de diferencias significativas en las medias de estereotipos según los estudios de los cuidadores. En el caso de las medias totales de los estereotipos, y después de la aplicación del test de Scheffé, se observó que esas diferencias se deben a las medias obtenidas por las personas con estudios de educación secundaria, bachillerato y cursos universitarios, en comparación con las personas sin escolaridad y con educación primaria.

Todavía se puede deducir (tabla III), que existe una relación baja entre la sobrecarga y los estereotipos ( $R = 0,339$ ) y que el 11,5% de la variación del nivel de sobrecarga se explica por los estereotipos ( $R^2 = 0,115$ ). El modelo explica el 11,1% de la variación del nivel de sobrecarga ( $R^2$  ajustado = 0,111). También se puede verificar que,

cuando los estereotipos aumentan un punto, la sobrecarga aumenta aproximadamente 0,3 puntos ( $\beta=0,339$ ).

**Tabla III** – Coeficientes de la recta y resumen del modelo de regresión lineal simple entre la sobrecarga y el global de estereotipos.

Modelo	B	SE	Beta	t	P	IC 95% para B	
						Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	19,863	4,933		4,027	,000	10,145	29,582
Estereot. total	,579	,106	,339	5,459	,000	,370	,788
Modelo	R	R <sup>2</sup>		R <sup>2</sup> Ajustado		SE	Durbin-watson
1	,339 <sup>a</sup>					12,90016	1,345

3.4 – Objetivo 4 - Determinar el nivel de autoeficacia en los cuidadores informales de ancianos dependientes y analizar su relación con la sobrecarga del cuidador y con las variables sociodemográficas y del cuidado.

En la escala global de autoeficacia, el nivel máximo que se puede alcanzar son 88 puntos y el mínimo 0 puntos, siendo 44 el punto medio de la escala. La muestra de cuidadores en estudio, presenta un nivel medio de autoeficacia de 38,48 (mín.: 0; máx.: 87), una moda de 40 y una mediana de 38. El desviación estándar es de 15,7 y el coeficiente de variación calculado (40,8%), indica una elevada dispersión de los valores en relación a la media de los niveles de autoeficacia. Por este motivo, en el global de la escala, las medidas de tendencia central calculadas presentan mayor valor absoluto que el punto medio de la escala, contribuyendo para niveles medianos de autoeficacia global.

En la dimensión de autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, el nivel máximo que se puede alcanzar es de 28 y el mínimo de 0 puntos, con un punto medio de 14. Se obtuvo una media de 14,14 puntos, una mediana de 14 y una moda de 16 puntos. El desviación estándar presenta un valor de 6,98 puntos y el coeficiente de variación calculado es de 49,36%, indicando una elevada dispersión

de valores en torno de la media de puntuaciones. De una forma general, se puede afirmar que en esta dimensión, los cuidadores muestran también un nivel mediano de autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona que cuidan.

En la dimensión autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos, los cuidadores podían conseguir un máximo de 20 puntos y un mínimo de cero, con un punto medio de 10. Se obtuvieron valores de 6,52 puntos para la media, 5 para la mediana y 0 puntos para la moda. El desviación estándar presenta un valor de 5,89 puntos y el coeficiente de variación calculado es de 90,3%, presentando una elevadísima dispersión de valores en torno de la media de clasificación. Los valores obtenidos parecen indicar que los cuidadores del estudio presentan bajos niveles de autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos.

En la dimensión autoeficacia para conseguir una pausa junto a los familiares (mínimo: 0 puntos; máximo 20 puntos; punto medio 10 puntos), se obtuvo una media de 10,4 puntos; una mediana de 10 puntos y una moda con la puntuación máxima posible. El desviación estándar tiene el valor de 6,02 puntos y el coeficiente de variación calculado es del 57,88%, mostrando una elevada dispersión de valores en torno de la media de puntuaciones. Así, se puede deducir que en esta dimensión los cuidadores muestran niveles medios de autoeficacia.

Finalmente en la dimensión autoeficacia para controlar pensamientos negativos en relación al acto de cuidar (mínimo: 0 puntos, máximo 20 puntos; punto medio 10 puntos), se obtuvo una media de 7,43 puntos; una mediana de 7 puntos y una moda de 0. El desviación estándar tiene el valor de 5,25 puntos y el coeficiente de variación calculado es del 70,66%, mostrando una dispersión muy elevada de valores en torno de la media de puntuaciones. Estos valores sugieren que los cuidadores presentan niveles bajos de autoeficacia para controlar pensamientos negativos en relación al acto de cuidar.

El número de elementos del agregado familiar que presenta correlaciones bajas, pero significativas, con la autoeficacia para conseguir una pausa con los amigos ( $p=0,040$ ), con la autoeficacia para conseguir una pausa con los familiares ( $p=0,027$ ) nos indica que cuanto mayor es el número de elementos del agregado familiar, mayor es el nivel de autoeficacia en aquellos dominios y en el global de la autoeficacia.

Las mujeres muestran medias más elevadas de autoeficacia global y en todas las dimensiones de la escala que los hombres. La aplicación del test t de Student para muestras independientes, confirma la existencia de diferencias significativas en las medias de autoeficacia global ( $p=0,012$ ) y en las dimensiones de autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada ( $p=0,019$ ) y autoeficacia para conseguir una pausa junto la familia ( $p=0,025$ ).

Los cuidadores casados presentan medias de autoeficacia global y en todas las dimensiones de la escala, más elevadas que los restantes cuidadores. Posteriormente, la aplicación de los testes OneWay ANOVA y Kruskal-Wallis confirmaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas, en las medias de autoeficacia global ( $p=0,029$ ) y en las dimensiones de autoeficacia para dar respuesta a comportamiento inadecuados de la persona cuidada ( $p=0,037$ ), autoeficacia para conseguir una pausa junto a la familia ( $p=0,001$ ) y para conseguir una pausa junto a los amigos ( $p=0,037$ ) según el estado civil. Los cuidadores que acabaron la educación primaria muestran medias más elevadas de autoeficacia global ( $p=0,040$ ), sin embargo, en la dimensión autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, son los cuidadores que tienen un curso superior los que presentan medias más elevadas ( $p=0,014$ ).

Las hijas, esposas y nueras presentan medias más elevadas de autoeficacia global y en todas las dimensiones, que los restantes cuidadores, excepto en la autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos. A pesar de las diferencias, los testes One-Way ANOVA o Kruskal-Wallis apenas encontraron significado estadístico en las diferencias de medias de autoeficacia global según los diferentes grados de parentesco ( $p=0,048$ ).

Todavía se puede observar (tabla IV), que existe una relación baja entre la sobrecarga y el nivel global de autoeficacia ( $R=0,192$ ) y que apenas el 3,7% de la variación del nivel de sobrecarga se consigue explicar por la autoeficacia ( $R^2=0,037$ ). El modelo explica el 3,3% de la variación del nivel de sobrecarga ( $R^2$  ajustado=0,033). El análisis también nos permite verificar que, cuando la autoeficacia aumenta un punto, la sobrecarga disminuye aproximadamente 0,2 puntos ( $\beta=-0,192$ ).

**Tabla IV-** Coeficientes de la recta y resumen del modelo de regresión lineal simple entre la sobrecarga y el global de la autoeficacia

Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	52,811	2,341		22,564	<b>,000</b>	48,200	57,423
Eficacia total	-,167	,056	-,192	-2,962	<b>,003</b>	-,278	-,056
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado		SE	Durbin-watson	
1	,192 <sup>a</sup>	,037			,033	13,45637	1,398

3.5 – Objetivo 5 - Evaluar cual es el mejor conjunto de variables predictoras (soledad, estereotipos, autoeficacia) de la variación del valor global de sobrecarga del cuidador de ancianos dependientes.

Para alcanzar este objetivo, se seleccionaron como variables independientes los factores identificados en el análisis factorial, efectuado a las escalas de soledad; estereotipos (estereotipo de declive social y cognitivo, estereotipo de declive físico y cognitivo, estereotipo de declive psicológico y dependencia y estereotipo de declive biológico) y autoeficacia ( autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos, autoeficacia para conseguir una pausa junto de los familiares, autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del cuidar). Fue utilizado el análisis de regresión lineal múltiple por el método de Backward (tabla V).

De todas las variables que se mantuvieron en el modelo y que se constituyen como las mejores predictoras de la variación del nivel global de sobrecarga son:

-la soledad sentida por el cuidador informal, donde los resultados obtenidos nos permiten deducir que, cuando la soledad aumenta un punto, la sobrecarga aumenta aproximadamente 0,4 puntos ( $t=7,753$ ;  $p=0,001$ ; IC 95%=1,15 a 1,934;  $\beta=0,424$ ), manteniendo el resto de variables en el modelo;

-el estereotipo de declive físico y cognitivo – Manteniendo en el modelo el resto de variables, por cada punto que varía en esta dimensión, la sobrecarga aumenta aproximadamente 0,17 puntos ( $\beta=0,174$ ) ( $t=3,019$ ;  $p=0,003$ ; IC 95%=1,15 a 1,934);

-autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar ( $t=2,679$ ;  $p=0,008$ ; IC 95%=0,108 a 0,707). El valor de  $\beta=0,157$ , nos permite concluir que por cada variación de un punto en este dominio de la autoeficacia, la sobrecarga aumenta aproximadamente 0,16 puntos, manteniendo el resto de variables del modelo;

-la autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos, presenta un  $\beta=-0,149$ , permitiendo deducir que, manteniendo las otras variables en el modelo, cuando este dominio aumenta un punto, la sobrecarga disminuye aproximadamente 0,15 puntos ( $t=-2,799$ ;  $p=0,006$ ; IC 95% =-0,588 a 0,102);

-la autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, hace disminuir la sobrecarga en aproximadamente 0,14 puntos por cada variación de un punto en su valor, manteniendo las otras variables en el modelo ( $\beta=-0,141$ ;  $t=-2,419$ ;  $p=0,016$ ; IC 95%=-0,503 a -0,051);

Finalmente, por cada variación de un punto en el estereotipo de declive biológico, parece aumentar el nivel de sobrecarga en 0,11 puntos ( $\beta=0,114$ ) ( $t=1,939$ ;  $p=0,054$ ; IC 95%=-0,013 a 1,611), manteniendo el resto de variables en el modelo.

**Tabla V-** Coeficientes y condiciones de aplicación de los modelos de regresión lineal múltiple.

Variables		Parámetros					Condiciones de aplicación de los modelos			
		Modelo			Coeficientes		Condiciones sobre los errores			colinealidad
		R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust	p(F)	beta	p(t)	normalidad	Homocedasticidad	Ausencia de autocorrelación	VIF
Dependiente	Predictoras									
						p(Chi)	p(white)	DW <sup>2</sup>		
	constante				25,910	<0,0001				
	Amigos				-0,149	0,006			1,057	
	Pensamientos				0,157	0,008			1,280	
Carga total	Comportamientos	0,400	0,384	0,000	-0,141	0,016	0,50802	0,344726	2,2801	
	Soledad				0,424	0,000			1,122	
	Físico-cognitivo				0,174	0,008			1,247	
	Biológico				0,114	0,054			1,307	

3.6 – Objetivo 6 - Analizar en qué medida la autoeficacia actúa como mediadora de la sobrecarga en cuidadores informales de ancianos dependientes.

La soledad tiene un efecto directo de 0,441 en la sobrecarga, o sea por cada desviación estándar de la soledad, la sobrecarga varía 0,441 desviación estándar en efecto directo.

Se puede verificar que la soledad tiene dos efectos indirectos en la sobrecarga, mediados a través de la autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos y de la autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del cuidar.

El efecto indirecto de la soledad, mediado por la autoeficacia para conseguir una pausa junto de los amigos es de 0,029; y mediado por la autoeficacia para controlar pensamientos negativos sobre el acto de cuidar, es de 0,031. De esta manera, el efecto total (directo + indirecto) de la soledad en la sobrecarga es de 0,501 ( $0,441+0,029+0,031$ ). Siendo la correlación entre la soledad y la sobrecarga de 0,528 (tabla VI), se puede afirmar que el 95% ( $0,501/0,528$ ) de la asociación de la sobrecarga con la soledad, puede ser atribuida al efecto total hipotéticamente causal entre las dos variables. El efecto no analizado de la soledad sobre la sobrecarga, resulta de la asociación no considerada (en los términos causa-efecto) entre la soledad y el estereotipo de declive físico-cognitivo que es de  $0,093 \times 0,220 = 0,020$ . Los efectos espurios de la soledad sobre la sobrecarga ocurren por intermedio del estereotipo de declive biológico ( $0,197 \times (-0,175) \times (-0,162) = 0,006$ ). Sumando todos estos efectos (directo+indirecto+ no analizado+espurio) se obtiene la correlación entre la soledad y la sobrecarga (0,527-descontar errores de redondeo).

El estereotipo de declive físico-cognitivo tiene efecto directo de 0,220 en la sobrecarga, o sea, por cada desviación estándar del declive físico cognitivo, la sobrecarga varía 0,220 desviación estándar en efecto directo, pero no presenta efectos indirectos. Siendo la correlación entre el estereotipo de declive físico-cognitivo y la sobrecarga de 0,292 (tabla de correlaciones), se puede afirmar, que el 75% ( $0,220/0,292$ ) de la asociación entre la sobrecarga y el estereotipo de declive físico-cognitivo, se debe al efecto total hipotéticamente casual entre las dos. El efecto no analizado del estereotipo de declive físico-cognitivo sobre la sobrecarga, resulta de la

asociación no considerada (en los términos causa-efecto) entre el estereotipo de declive físico-cognitivo y la soledad que es  $0,093 \times 0,441 = 0,041$ . Los efectos espurios del estereotipo de declive físico-cognitivo sobre la sobrecarga, ocurren por intermedio del estereotipo de declive biológico/autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada ( $0,428 \times (-0,175) \times (-0,162) = 0,006$ ) y del estereotipo de declive biológico/autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar ( $0,428 \times (-0,175) \times 0,414 \times 0,162 = -0,005$ ), ocurren también por intermedio de la soledad ( $0,093 \times (-0,200) \times (-0,162) = 0,003$ ) y también  $0,093 \times 0,191 \times (-0,145) = -0,003$ . Por este motivo, el total de los efectos espurios es de 0,001. Sumando todos estos efectos (directo+indirecto+no analizado+espurio), se obtiene el valor de 0,262, valor inferior a la correlación entre el estereotipo de declive físico-cognitivo y sobrecarga, pues ni todas las trayectorias posibles fueron analizadas (dado que ni todos los coeficientes eran significativos).

Por su vez, el estereotipo de declive biológico no tiene efecto directo sobre la sobrecarga, apenas efectos indirectos mediados por la autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada ( $-0,175 \times (-0,162) = 0,028$ ) y por la autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar (via autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada) ( $-0,175 \times 0,414 \times 0,162 = -0,012$ ), siendo el total de efectos indirectos de 0,016. Son también determinados dos efectos no analizados a través de la soledad ( $0,197 \times 0,441 = 0,087$ ) y a través del estereotipo de declive físico cognitivo ( $0,428 \times 0,220 = 0,094$ ), resultando un valor de 0,181. Los efectos espurios ocurren por intermedio de la soledad ( $0,197 \times (-0,200) \times (-0,145) = 0,006$  y  $0,197 \times 0,191 \times 0,162 = 0,006$ ), resultando 0,012. Así, la suma de los efectos es de  $0,016 + 0,181 + 0,012 = 0,209$ , valor inferior a la correlación entre la sobrecarga y el estereotipo de declive biológico (0,311), quedando por explicar cerca del 33% ( $1 - 0,209/0,311$ ) de la asociación entre las dos variables.

La simplificación del modelo provoca consecuentemente costes sobre la adictividad de los efectos para reproducir correlaciones. En un modelo saturado, la suma de todos los efectos de una variable para otra, reproduce siempre en la totalidad la

correlación entre las variables, tal no sucede en un modelo no saturado, pues son despreciadas determinadas trayectorias.

**Tabla VI** – Correlaciones entre las variables incluidas en el modelo

Asociación	r (observada)	$\rho$ (prevista)	$(r - \rho)^2$
Z1/X1	0,528	0,527	0,0000
Z1/X2	0,311	0,209	0,0104
Z1/X3	0,292	0,262	0,0009
Z1/Y1	-0,151	-0,111	0,0016
Z1/Y2	-0,254	-0,233	0,0004
Z1/Y3	0,197	0,179	0,0003
X1/X2	0,197	0,197	0,0000
X1/X3	0,093	0,093	0,0000
X2/X3	0,428	0,428	0,0000
X1/Y1	-0,069	-0,034	0,0012
X1/Y2	-0,200	-0,200	0,0000
X1/Y3	0,162	0,177	0,0002
X2/Y1	-0,175	-0,175	0,0000
X2/Y2	-0,026	-0,039	0,0002
X2/Y3	0,061	0,038	0,0005
X3/Y1	-0,025	-0,075	0,0025
X3/Y2	-0,022	-0,019	0,0000
X3/Y3	0,147	0,018	0,0166
Y1/Y2	0,125	0	0,0156
Y1/Y3	0,401	0,414	0,0002
Y2/Y3	0,028	0	0,0008
Media			0,0025
RMSR			<b>0,0495</b>

El valor de RMSR calculado es inferior a 0,05, lo que permite concluir que el ajuste es muy bueno.

Se puede aceptar que, empíricamente, el modelo simplificado explica convenientemente la estructura de correlación observada entre la sobrecarga y el resto de variables.

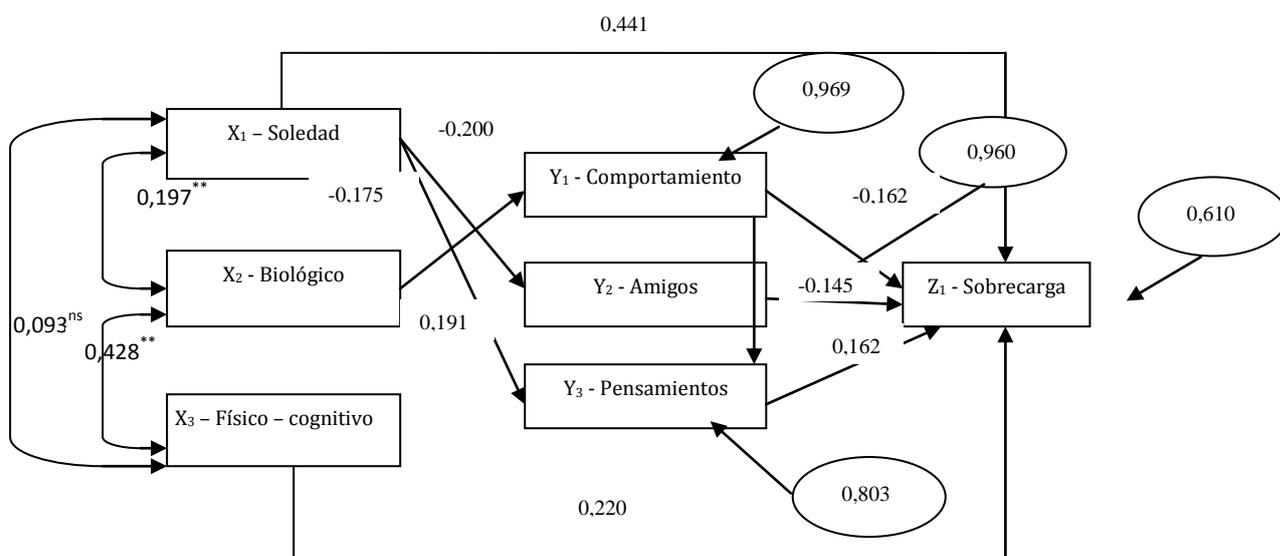
**Tabla VII** – Estructura de la correlación entre la sobrecarga y el resto de variables.

	Z1	X1	X2	X3	Y1	Y2	Y3
<b>Z1</b>							
<b>X1</b>	0,001						
<b>X2</b>	0,102	0					
<b>X3</b>	0,03	0	0				
<b>Y1</b>	-0,04	-0,035	0	0,05			
<b>Y2</b>	-0,021	0	0,013	-0,003	0,125		
<b>Y3</b>	0,018	-0,015	0,023	0,129	-0,013	0,028	

El valor de GFI calculado  $GFI=1 - 0,5 \times (0,001+0+0+0,05+0,125+0,028)^2=0,979$ , es superior a 0,90, confirmando de esta manera que el ajuste es muy bueno.

Del análisis de trayectorias se obtuvo el modelo de la figura II. Sólo se deben considerar las relaciones significativas (anexo IV)

**Fig.II** – Modelo como resultado del análisis de trayectorias



#### 4 - Principales Conclusiones del Estudio

A la prestación de cuidados de un anciano dependiente están asociadas múltiples repercusiones, denominadas por algunos autores como sobrecarga, éstas fueron el motivo que dio origen a la presente investigación, de la que se destacan las principales conclusiones:

Efectuado un estudio a la muestra de cuidadores, se destaca el predominio de personas del género femenino, casadas, hijas de la persona a la que cuidan y con los estudios de educación primaria. La media de edad es aproximadamente de 60 años, siendo que la mayor representación se encuentra en las personas con más de 70 años.

Apenas un pequeño porcentaje de cuidadores refirieron trabajar fuera de casa y manifiestan, simultáneamente, dificultades en conciliar las dos tareas. Estas características coinciden con las de otras muestras utilizadas por innumerables investigaciones sobre la temática del cuidador informal de ancianos dependientes. Es importante resaltar, que en virtud del contexto donde el estudio transcurrió: una zona con características predominantemente rurales, con un acentuado envejecimiento de la población, con una continua disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, y especialmente por el éxodo rural, la mayoría de los cuidadores del estudio pertenecen al grupo de personas con 70 y más años de edad, constituyéndose así como cuidadores ancianos, que cuidan de otros ancianos dependientes, siendo que probablemente ellos propios también tendrán necesidad de ser cuidados. Este hecho se puede comprobar porque la mayor prevalencia de enfermedades crónicas se puede observar en el grupo de los cuidadores que pertenecen a la franja etaria de los 65 y más años.

Más de la mitad de los cuidadores afirmaron que tenían ayuda para cuidar al anciano dependiente, en su mayoría, esa ayuda es prestada por servicios de apoyo domiciliario. De los cuidadores que refirieron no recibir ningún tipo de ayuda, más de la mitad mencionaron que les gustaría tenerla y elegirían a los familiares como la primera opción para solicitar esa ayuda. Este pensamiento puede deberse al hecho, de que tradicionalmente se ha entendido la familia como la unidad social a la que le compete principalmente el cuidado del anciano dependiente. A pesar de la existencia de los servicios de apoyo social, muchas veces éstos no son utilizados, pudiéndose deber esencialmente a tres razones: el desconocimiento de su existencia, la inexistencia de estos apoyos en la zona de residencia o a las dificultades para cubrir los gastos inherentes a su utilización. Probablemente, esta última razón sea la principal causa para no ser solicitada la referida ayuda. Esto puede estar asociado al hecho de la muestra estar constituida, en su mayoría, por cuidadores con jubilaciones muy pequeñas y solicitar este tipo de servicio de apoyo social, significa un aumento del gasto familiar, ya por sí elevado, debido a lo dispendioso que resulta la actividad de cuidar.

Se constató que aproximadamente la mitad de los cuidadores muestra niveles de sobrecarga intensa y cerca de un cuarto de la muestra, evidencia niveles de sobrecarga

ligera. Se verificó también que la sobrecarga global y el stress psicológico se correlacionaban de forma significativa con la edad, permitiendo concluir que cuanto mayor es la edad, mayor es la sobrecarga global y el stress psicológico.

Se concluyó que la soledad del cuidador disminuye con el número de elementos del agregado familiar y aumenta con la edad y con la dificultad en conciliar el trabajo con la función de cuidar, verificándose, que quien trabaja fuera de casa presenta niveles más bajos de soledad, que aquellos que apenas desenvuelven la actividad de cuidar. También se observó que existe una relación lineal entre la soledad y la sobrecarga, mostrando que cuando la soledad aumenta, aumenta simultáneamente la sobrecarga.

Como ya fue referido anteriormente, el tipo de estereotipos que prevalecen en el cuidador determina la tipología de cuidados prestados. En el presente estudio, se puede constatar que la prevalencia de estereotipos aumenta con la edad del cuidador y disminuye con el número de elementos del agregado familiar. Del mismo modo se puede concluir que los estereotipos acerca de las personas ancianas, son más prevalentes en los cuidadores con menos estudios y con menores contactos sociales, una vez que se verificó que quien no ejerce una actividad fuera de casa, presenta medias más elevadas de estereotipos, tanto en la escala global como en las dimensiones de estereotipos de declive cognitivo y social; estereotipo de declive físico y cognitivo y estereotipo de declive biológico. También se verificó que aquellos que son cónyuges de la persona cuidada, presentan medias más elevadas en la escala global de estereotipos y en todas las dimensiones a ella subyacentes; los viudos obtuvieron medias más elevadas de estereotipos de declive psicológico y las personas sin escolaridad y con pocos estudios, presentaron medias de estereotipos más elevadas. Al mismo tiempo, el análisis de regresión lineal simple, permitió verificar la existencia de una relación lineal entre el global de la sobrecarga y el global de la escala de estereotipos.

Los cuidadores evidenciaron niveles medios de autoeficacia global, para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y para obtener una pausa junto a la red social de familiares. Sin embargo, en las dimensiones de autoeficacia para conseguir una pausa junto a la red social de amigos y para controlar pensamientos negativos a cerca del acto de cuidar, los niveles de autoeficacia encontrados fueron bajos. También se constató, que cuanto mayor es el número de

elementos del agregado familiar, más elevadas son: la autoeficacia global y la necesidad de conseguir una pausa. Las mujeres, en comparación con los hombres, muestran medias más elevadas de autoeficacia global y en las dimensiones de autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y autoeficacia para conseguir una pausa junto de la familia; los cuidadores casados presentan medias más elevadas de autoeficacia global y en todas las dimensiones de autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada, autoeficacia para conseguir una pausa junto a la familia y para obtener una pausa junto a los amigos, que los restantes cuidadores; los cuidadores que tienen la educación primaria obtuvieron medias más elevadas de autoeficacia global, en cuanto los que poseen un curso universitario, tienen medias más elevadas de autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada. También se concluyó que existe una relación lineal negativa entre la autoeficacia global y la sobrecarga, deduciendo que cuando la autoeficacia aumenta, la sobrecarga disminuye.

A través del análisis de regresión lineal múltiple, se puede concluir que en presente estudio, la soledad se constituye como la mejor predictora de la variación del valor global de la sobrecarga. Le siguen por orden decreciente: el estereotipo del declive físico y cognitivo; la autoeficacia para controlar pensamientos negativos a cerca del acto de cuidar; la autoeficacia para conseguir una pausa junto a la red social de amigos; la autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y el estereotipo del declive biológico. Se esperaba que la autoeficacia para controlar pensamientos negativos acerca del acto de cuidar, también contribuyese para la disminución de la sobrecarga del cuidador, sin embargo esto no se constató. Los resultados obtenidos revelaron que esta dimensión de la autoeficacia del cuidador contribuye para su aumento.

Finalmente, cuando se procedió al análisis para verificar si la autoeficacia constituye una variable mediadora en la sobrecarga, cuando ésta es desencadenada por la soledad y por los estereotipos a cerca de las personas ancianas, se puede concluir que la soledad presenta dos efectos indirectos en la sobrecarga, mediados a través de la autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos y de la autoeficacia para controlar pensamientos negativos sobre el acto del cuidar, concluyéndose que un

porcentaje muy elevado (95%) de la asociación de la sobrecarga con la soledad, se puede atribuir al efecto total hipotéticamente casual entre las dos variables;

El estereotipo del declive físico-cognitivo tiene efecto directo en la sobrecarga, pero no presenta efectos indirectos, concluyéndose que el 75% de la asociación de la sobrecarga con el estereotipo del declive físico-cognitivo puede estar relacionada con el efecto total hipotéticamente casual entre las dos;

El estereotipo del declive biológico no presenta efecto directo sobre la sobrecarga, apenas se verifican efectos indirectos mediados por la autoeficacia para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y por la autoeficacia para controlar pensamientos negativos a cerca del acto de cuidar (a través de la autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona cuidada).

Estas conclusiones nos permiten afirmar, aunque parcialmente, que la autoeficacia para conseguir una pausa junto a los amigos, para dar respuesta a comportamientos inadecuados de la persona cuidada y para controlar pensamientos negativos a cerca del acto de cuidar, actúan como mediadoras del nivel de sobrecarga inducida por la soledad y por el estereotipo del declive físico-cognitivo y del declive biológico.

Finalmente, relacionado con las conclusiones, se entiende que la edad de los cuidadores debe constituir, por sí solo, un motivo de preocupación para los profesionales de salud, con consecuentes necesidades de intervención, designadamente en la vigilancia y en el control de la salud de estos cuidadores.

Del mismo modo, las proporciones de carga observadas, muestran la necesidad de utilizar la entrevista de carga del cuidador, como rutina en la entrevista de evaluación de su estado de salud. Esta evaluación nos llevaría necesariamente a introducir contenidos (en relación a la educación para la salud a nivel individual) que contribuyesen para adquirir competencias en el cuidar con consecuencias en la prevención y/o reducción de la sobrecarga.

Los resultados obtenidos muestran claramente la importancia de las redes sociales en la prevención y en el control de la soledad del cuidador, porque como ya fue

referido anteriormente, la soledad constituye una de las variables más importantes en la variación del nivel de sobrecarga. Así, sería de extrema utilidad incentivar la creación de grupos de voluntarios, o grupos de ayuda mutua, que pudiesen cooperar en esta prestación de cuidados informales, sirviendo simultáneamente como agentes de soporte emocional del cuidador informal de ancianos dependientes.

De encuentro a las conclusiones, se hace clara la necesidad de planeamiento, ejecución y evaluación de las intervenciones psico-educativas junto de los cuidadores, con la finalidad de aumentar su autoeficacia para el cuidado e intentar minimizar los efectos de los estereotipos en la sobrecarga del cuidador.

#### 4.1- Limitaciones del Estudio

Finalizar el presente estudio revela dos hechos; por un lado, el sentimiento de una tarea más acabada y por otro, las ganas de continuar en la línea de investigación sobre el cuidador informal de ancianos dependientes.

Fueron varios los obstáculos encontrados, que de una manera más o menos fácil consiguieron ser superados. El principal está relacionado con el hecho de esta investigación, haber sido realizada en simultáneo con una actividad profesional tan exigente como es la docencia de cursos universitarios y las funciones que le son inherentes. Por otro lado, la gran área geográfica que ocupa el distrito de Braganza, que a pesar de la colaboración obtenida, me obligó a trasladarme centenas de kilómetros, a veces por carreteras cuya accesibilidad era muy limitada. Estos dos factores, limitaron seguramente la cantidad de cuidadores entrevistados, haciendo que la representatividad de la muestra no sea la deseada. Por este motivo y porque el estudio se realizó en un contexto muy específico (zona de interior y rural del país), se concluye que la validez externa de este estudio puede estar condicionada, motivo por el que no se pueden extrapolar las conclusiones para la totalidad de la población de cuidadores.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pag</b>
<b>Introdução</b>	1
<b>I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	4
<b>1 – Envelhecimento Demográfico</b>	5
<b>2 - O Papel da Família no Apoio ao Idoso Dependente</b>	12
<b>3 - O Cuidado Informal de Idosos Dependentes</b>	22
3.1 - Apoio Social ao Cuidador Informal de Idosos Dependentes	28
3.2 - Auto-eficácia do Cuidador Informal de Idosos Dependentes	35
3.3 - Os Cuidadores e os Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas	46
3.4 – Solidão: Realidade do Cuidador Informal de Idosos Dependentes	53
3.5 – A Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes	56
<b>II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	60
<b>6 – Metodologia</b>	61
6.1 - Contextualização do Problema e Objectivos do Estudo	61
6.2 - Participantes	65
6.2.1 - <i>Seleccção da Amostra</i>	65
6.2.2 – <i>Amostra: Os Cuidadores Informais de Idosos dependentes</i>	66
6.2.3 - <i>Os Idosos – Alvo dos Cuidados</i>	73
6.3 – Procedimentos	80
6.3.1 – <i>Desenho do Estudo</i>	80

6.3.2 - <i>Procedimento de Colheita de Dados</i>	81
6.3.3- <i>Procedimentos Éticos e Deontológicos</i>	82
6.4 – Instrumentos de Medida	82
6.4.1 - <i>Entrevista de Carga do Cuidador</i>	83
6.4.2 – <i>Escala de Solidão</i>	86
6.4.3 - <i>Escala de Estereótipos Negativos Acerca das Pessoas Idosas</i>	87
6.4.4 - <i>Escala de Auto-eficácia do Cuidador</i>	89
6.4.5 - <i>Avaliação da Dependência da Pessoa Cuidada</i>	93
6.5 - Metodologia de Tratamento de Dados	96
6.5.1 - <i>Operacionalização das Variáveis</i>	103
<b>7 – Apresentação dos Resultados</b>	107
7.1 – Objectivo 1 - Analisar a sobrecarga percebida por cuidadores informais de idosos dependentes segundo as diferentes variáveis de caracterização envolvidas no estudo	107
7.2 - Objectivo 2 - Analisar, descrever a solidão dos cuidadores informais de idosos dependentes, e verificar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado	122
7.3 – Objectivo 3 - Identificar quais os estereótipos acerca do idoso, mais prevalentes nos cuidadores informais de idosos dependentes, e analisar a sua relação com a sobrecarga e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado	127
7.4 – Objectivo 4 - Determinar o nível de auto-eficácia nos cuidadores informais de idosos dependentes e analisar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado	138
7.5 – Objectivo 5 - Avaliar qual o melhor conjunto de variáveis preditivas (solidão, estereótipos, auto-eficácia), da variação do valor global da sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes	151
7.6 – Objectivo 6 - Analisar em que medida a auto-eficácia actua como	

mediadora da sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes.	154
<b>8 - Discussão dos Resultados</b>	160
<b>9 – Principais Conclusões do Estudo</b>	183
9.1 – Limitações do Estudo	187
<b>10 - Implicações (utilidade) Práticas Derivadas da Investigação</b>	189
10.1 – Finalidade e Objectivos do Projecto	191
10.2 – Implementação do Projecto	192
10.3 – Responsabilidades das Partes	193
10.4 – Avaliação do Projecto	193
<b>11 – Bibliografia</b>	194
<b>ANEXOS</b>	212
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	213
ANEXO II – TABELAS RELATIVAS À ANÁLISE FACTORIAL IMPRIMIDA ÀS ESCALAS	227
ANEXO III – COEFICIENTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA	238
ANEXO IV – CÁLCULOS DA ANÁLISE DE TRAJECTÓRIAS	241
ANEXO V - VERSÃO EM CASTELHANO DA REVISED SCALE FOR CAREGIVING SEL-EFICACY	252

<b>Índice de Figuras</b>		<b>Pag.</b>
<b>Figura 1</b>	Diagrama de trajectórias para o modelo em análise	64
<b>Figura 2</b>	Modelo de trajectórias testado	157
<b>Figura 3</b>	Modelo resultante da análise de trajectórias	159

<b>Índice de Gráficos</b>	<b>Pag.</b>
<b>Gráfico 1</b> Distribuição percentual dos idosos cuidados por grupo etário	73
<b>Gráfico 2</b> Distribuição percentual dos idosos cuidados segundo o estado civil	74
<b>Gráfico 3</b> Distribuição dos idosos cuidados segundo as habilitações literárias	75
<b>Gráfico 4</b> Distribuição percentual dos idosos segundo o motivo da dependência	76
<b>Gráfico 5</b> Distribuição dos idosos segundo a dependência nas ABVD	77
<b>Gráfico 6</b> Distribuição dos idosos segundo o nível de dependência nas AIVD	79
<b>Gráfico 7</b> Distribuição dos cuidadores segundo os valores de carga global	107
<b>Gráfico 8</b> Pontuações obtidas na dimensão de relacionamento interpessoal	108
<b>Gráfico 9</b> Pontuações obtidas na dimensão de stress psicológico	109
<b>Gráfico 10</b> Pontuações obtidas na dimensão de constrangimentos como consequência do cuidar.	109
<b>Gráfico 11</b> Pontuações obtidas na dimensão de expectativas face ao cuidado	110
<b>Gráfico 12</b> Distribuição dos cuidadores segundo os níveis de sobrecarga	112
<b>Gráfico 13</b> Pontuações obtidas na escala de solidão	122
<b>Gráfico 14</b> Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados	125
<b>Gráfico 15</b> Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados	136
<b>Gráfico 16</b> Pontuações obtidas na escala global de auto-eficácia do cuidador	138
<b>Gráfico 17</b> Pontuações de AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	139
<b>Gráfico 18</b> Pontuações de auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos	140
<b>Gráfico 19</b> Pontuações de auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares	140
<b>Gráfico 20</b> Pontuações de AE para controlarem pensamentos negativos acerca do acto de cuidar	141
<b>Gráfico 21</b> - Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados	149

<b>Índice de Tabelas</b>	<b>Pag.</b>
<b>Tabela 1</b> População residente em Portugal por sexo e grupo etário no ano de 2009	7
<b>Tabela 2</b> Distribuição dos cuidadores segundo as características sociodemográficas	67
<b>Tabela 3</b> Situação profissional dos cuidadores	68
<b>Tabela 4</b> Distribuição dos cuidadores segundo a ajuda recebida	69
<b>Tabela 5</b> Distribuição dos cuidadores segundo o tempo, intensidade de cuidado e motivo do papel de cuidador	70
<b>Tabela 6</b> Distribuição da amostra segundo a presença de doenças ou incapacidades	72
<b>Tabela 7</b> Doenças mais prevalentes nos cuidadores segundo o grupo etário	72
<b>Tabela 8</b> Distribuição dos idosos segundo o grupo etário e género	74
<b>Tabela 9</b> Distribuição dos idosos segundo o género e estado civil	75
<b>Tabela 10</b> Distribuição percentual dos idosos segundo os níveis de dependência nas ABVD	77
<b>Tabela 11</b> Grau de dependência nas ABVD e causa da dependência	78
<b>Tabela 12</b> Distribuição percentual dos idosos segundo os níveis de dependência nas ABVD e AIVD	79
<b>Tabela 13</b> Distribuição percentual dos idosos segundo o nível de dependência nas AIVD e motivo da dependência	80
<b>Tabela 14</b> Elementos gráficos utilizados no modelo de trajetórias	100
<b>Tabela 15</b> Distribuição percentual e acumulada dos cuidadores segundo a sobrecarga	111
<b>Tabela 16</b> Matriz das correlações entre a idade e a sobrecarga	112
<b>Tabela 17</b> Médias de sobrecarga segundo o género	113
<b>Tabela 18</b> Médias de sobrecarga segundo o grau de parentesco com o idoso cuidado	115
<b>Tabela 19</b> Médias de sobrecarga segundo a ajuda no cuidar	116
<b>Tabela 20</b> Médias de sobrecarga segundo as habilitações literárias dos cuidadores	117
<b>Tabela 21</b> Médias de sobrecarga segundo o estado civil	118
<b>Tabela 22</b> Médias de sobrecarga segundo o exercício de outra actividade profissional	119
<b>Tabela 23</b> Matriz das correlações entre o grau de dificuldade na conjugação do trabalho com as tarefas do cuidar, o agregado familiar e o tempo de	

	cuidado e a sobrecarga	120
<b>Tabela 24</b>	Distribuição dos cuidadores segundo os níveis de sobrecarga, a dependência nas ABVD, AIVD e motivo da dependência dos idosos cuidados.	121
<b>Tabela 25</b>	Matriz das correlações entre a solidão e o agregado familiar, dificuldade em conjugar o trabalho, tempo de cuidado e idade	123
<b>Tabela 26</b>	Médias de solidão segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado	124
<b>Tabela 27</b>	Coefficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e a solidão	126
<b>Tabela 28</b>	Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e a solidão	126
<b>Tabela 29</b>	Prevalência de estereótipos negativos	128
<b>Tabela 30</b>	Matriz das correlações entre os estereótipos e: idade, agregado familiar, dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado e tempo de cuidado	129
<b>Tabela 31</b>	Médias da escala de estereótipos segundo o género	130
<b>Tabela 32</b>	Médias de estereótipos segundo o exercício de outra ocupação	131
<b>Tabela 33</b>	Médias de estereótipos segundo o grau de parentesco	132
<b>Tabela 34</b>	Médias de estereótipos segundo a obtenção de ajuda no cuidar	133
<b>Tabela 35</b>	Médias de estereótipos segundo o estado civil	134
<b>Tabela 36</b>	Médias de estereótipos segundo as habilitações literárias	135
<b>Tabela 37</b>	Coefficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de estereótipos	137
<b>Tabela 38</b>	Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de estereótipos	137
<b>Tabela 39</b>	Correlações entre a auto-eficácia e: idade, agregado familiar, dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado e tempo de cuidado	142
<b>Tabela 40</b>	Médias de auto-eficácia segundo o género dos cuidadores	143
<b>Tabela 41</b>	Médias de auto-eficácia segundo a actividade desenvolvida	144
<b>Tabela 42</b>	Médias de auto-eficácia segundo a obtenção de ajuda no cuidar	145
<b>Tabela 43</b>	Médias de auto-eficácia segundo o estado civil	146
<b>Tabela 44</b>	Médias de auto-eficácia segundo a escolaridade do cuidador	147
<b>Tabela 45</b>	Médias de auto-eficácia segundo o grau de parentesco do cuidador	148

<b>Tabela 46</b>	Coeficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de auto-eficácia	150
<b>Tabela 47</b>	Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de auto-eficácia	150
<b>Tabela 48</b>	Coeficientes e condições de aplicabilidade dos modelos de regressão linear múltipla	154
<b>Tabela 49</b>	Correlações entre as variáveis incluídas no modelo	158
<b>Tabela 50</b>	Estrutura correlacional entre a sobrecarga e as restantes variáveis	159

## **Introdução**

As estatísticas nacionais e internacionais têm vindo a confirmar que o envelhecimento demográfico, decorrente da maior longevidade humana em virtude da aquisição de melhores condições de saúde e de vida das populações, é uma realidade presente em todo o globo terrestre, particularmente nos países industrializados.

Associados ao envelhecimento humano, e em virtude da maior prevalência de doenças crónicas e, como tal mais incapacitantes, está também o aumento do número de dependências e incapacidades, que implica necessariamente a presença de uma terceira pessoa no cuidado ao idoso dependente, e essa função é assumida habitualmente pela família.

Mas, como afirma Sequeira (2010:XXI) “A família, habitual suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, principal cuidadora, a assumir outras funções e, por conseguinte, a colocar dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio”, pelo que, muitas vezes os familiares defrontam-se com maior número de dificuldades na manutenção do idoso dependente no domicílio e consequente prestação de cuidados.

Apesar disso, a família continua a ser a principal provedora de cuidados ao idoso com dependência física e/ou mental, assumindo por completo a responsabilidade pela satisfação das actividades da vida diária (AVD), básicas e/ou instrumentais.

Assim, existe sempre um familiar, amigo ou vizinho que adoptam a função de cuidador informal de idosos dependentes. Peterson e Burgess (2009), definem o cuidador informal como sendo uma pessoa que presta cuidados a alguém com dependência física ou mental e necessita de ajuda para a satisfação das necessidades da vida diária. Afirmam ainda que, habitualmente este cuidador é um familiar, amigo ou vizinho que não recebe qualquer remuneração pelos cuidados que presta.

O trabalho desenvolvido por este cuidador informal contribui de forma significativa para a manutenção dos idosos no seu ambiente social e familiar e diminui a utilização dos recursos formais, adiando ou evitando a sua institucionalização. Gil, Sánchez, Gómez-Caro, Oropesa, Morena, e Moreno. (2009) afirmam que a presença de um familiar que necessita de cuidados gera uma nova situação familiar que pode provocar alterações profundas na estrutura familiar. Acrescentam que “...Estas mudanças podem precipitar crises que colocam em perigo a estabilidade da família, podendo afectar todos os elementos, especialmente o cuidador principal, que é o membro da família que assume a maior parte da sobrecarga objectiva e subjectiva” (p.333).

Esta sobrecarga segundo a conceptualização estabelecida por diferentes autores, diz respeito às repercussões associadas ao cuidar. Uma vez superados os recursos disponíveis, pode vir a repercutir-se de forma negativa tanto na saúde física como emocional do cuidador, e das quais se destacam a ansiedade e depressão, isolamento social e solidão, falta de tempo livre, para além das repercussões associadas à saúde física e à deterioração da situação económica familiar.

Vários são os factores que podem contribuir para o desenvolvimento da sobrecarga e, entre eles poderão estar os estereótipos que os cuidadores possuem acerca das pessoas idosas, a solidão experienciada, ou para a sua diminuição, como o apoio social recebido ou a auto-eficácia do cuidador para o desempenho da sua função.

Cada cuidador desempenha o cuidar de acordo com as suas próprias cognições acerca do acto em si pelo que, se o cuidador entender o idoso como uma pessoa dependente e incapaz de desenvolver no todo ou em parte as AVD, tenderá a fazer essas actividades por ele (em vez de com ele) e, desta forma contribuirá seguramente para o aumento da dependência e incapacidade, aumentando concomitantemente o seu nível de sobrecarga. Como afirma Fernández-Ballesteros (1992) o enraizamento de visões estereotipadas acerca das pessoas idosas, favorece a expansão de preconceitos que as discriminam e tornam-se danosas não só para as pessoas mais velhas, como também para as restantes gerações.

De acordo com Bandura (1982), o termo auto-eficácia diz respeito ao conjunto de crenças que cada um tem acerca das suas capacidades para enfrentar e resolver situações mais ou menos problemáticas. Assim sendo, a auto-eficácia traduz-se no juízo ou cognições que cada pessoa tem acerca de si próprio, e compreende uma variável cognitiva com uma função motivacional. Entende-se assim que, o cuidador com uma percepção positiva de auto-eficácia relativamente à sua função de cuidador, tenderá a desempenhar esta função com menor esforço e com mais eficiência, já que, como afirma Sequeira (2010: 183), “Os cuidadores que avaliam de forma negativa a relação de cuidados, que percebem esta relação como sobrecarga, tendem a ter um desempenho menos eficiente e aquém das suas expectativas”.

Assim, e porque não se conhecem estudos tanto a nível nacional como internacional que coloquem em interacção a sobrecarga com os estereótipos acerca da pessoa idoso, nem com a auto-eficácia do cuidador, surgiu o interesse por esta temática para o desenvolvimento da presente investigação que visa a obtenção do título de doutor em Psicologia Social, a ser apresentada à faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca.

Para tal, recorreu-se à utilização de metodologias quantitativas, tendo-se elaborado um instrumento de recolha de dados onde foram incluídas as escalas de: Entrevista de Carga do Cuidador desenvolvida por Zarit e colaboradores na década de oitenta do século passado, a escala de estereótipos negativos acerca dos idosos desenvolvida por Magalhães (2008), a escala de auto-eficácia do cuidador elaborada por Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson e Bandura (2002), e ainda questões relativas à solidão do cuidador retiradas da escala desenvolvida por Jong-Gierveld e Kamphuis (1984).

A presente investigação encontra-se estruturada em duas partes essenciais. A primeira engloba o constructo teórico enquanto suporte científico do estudo, e nela são abordados tópicos como o envelhecimento demográfico, o papel da família e do cuidado informal como elemento essencial para a manutenção do idoso dependente no seu ambiente familiar, social e cultural. Como não poderia deixar de acontecer, exploram-se também as repercussões associadas ao cuidar, como é o caso da sobrecarga do cuidador, e alguns temas que, de alguma forma poderão exercer influência nos níveis de

sobrecarga, como o apoio social (formal e informal), a auto-eficácia, os estereótipos acerca das pessoas idosas e a solidão do cuidador.

Da segunda parte consta a investigação empírica propriamente dita, e dela fazem parte o percurso metodológico percorrido tendo em mente a concretização dos objectivos definidos. Procede-se de seguida à apresentação dos resultados, e no capítulo da discussão dos mesmos contrapõem-se os resultados alcançados com os obtidos noutros estudos. De seguida colocam-se em evidência as principais conclusões decorrentes da investigação. Finalmente, e em consequência do trabalho desenvolvido, é apresentado um projecto de intervenção, desenhado em função dos resultados e que se pretende colocar em prática numa parceria conjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Centro de Saúde de Bragança.

**I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1 – Envelhecimento Demográfico**

O envelhecimento da população tem vindo a constituir-se uma fonte de debates, sendo apontado como um desafio presente e futuro no âmbito dos cuidados sócio-sanitários da globalidade dos países, muito particularmente nos mais desenvolvidos.

A Comissão Europeia (2007) afirma que, no ano de 2020, aproximadamente 25% da população europeia terá mais de 65 anos de idade. Afirma ainda que, de acordo com Viviane Reding, tal pressupõe um desafio para o mercado de trabalho, bem como para os sistemas sociais e de saúde.

Portugal não é excepção e, à semelhança de outros países, o envelhecimento acontece de forma distinta nas diferentes regiões, podendo afirmar-se que neste contexto parecem existir dois países – o país do litoral e o país do interior –, sendo a região do Alentejo aquela que apresenta maior índice de envelhecimento (170,4). Em contrapartida, a região menos envelhecida é a Região Autónoma dos Açores com 62,4.

Os fluxos migratórios internos acontecem das regiões mais desfavorecidas para as mais desenvolvidas. A população mais jovem abandona aquelas regiões onde as estruturas de educação e de emprego são mais precárias para se fixarem em zonas onde, hipoteticamente, lhes é mais fácil adquirirem melhores condições de desenvolvimento, acentuando desta forma a diminuição e o envelhecimento da população das regiões de onde são provenientes.

De uma forma global, e face às projecções da população residente em Portugal 2000 - 2050 elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2004), a população residente no nosso país deverá diminuir até ao ano de 2050, aumentando o índice de envelhecimento em todas as regiões. Os mesmos autores afirmam, no entanto, que o aumento da população idosa será mais acentuado no Norte e nas regiões autónomas, situando-se a maior taxa de variação percentual nos Açores no cenário base (127,5%).

O Alto Comissariado da Saúde (2008) refere que a população residente em Portugal Continental aumentou 6,9% nos 16 anos anteriores, mas acompanhando esse aumento, a população com 65 e mais anos passou de 14% para 17,6%, enquanto que a população com 85 e mais anos quase duplicou. Em 1991 representava 1% da população e em 2007, essa representatividade era já de 1,7%. Afirma ainda que as projecções elaboradas pelo INE prevêm que em 2040 as populações com 65 e mais anos e com idades iguais ou superiores a 85 anos serão de 28,8% e 3,8% do total de residentes, respectivamente.

Em 2007, o índice de envelhecimento era de 116 indivíduos com 65 e mais anos por cada 100 jovens (0 a 14 anos), podendo atingir 224/100 em 2040. Prevê-se que o índice de dependência de idosos, que era de 26 por cada 100 indivíduos em idade activa, aumente para 49/100 em 2040 se as hipóteses do cenário base das projecções se verificarem.

Também o INE (2010: 9) afirma que

A proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na população total aumentou representando, em 2008, 15,2 % e 19,9 % de homens e mulheres, respectivamente. Prevê-se que atinja 29,5% nos homens e 35,0% nas mulheres, em 2060. Paralelamente, a população jovem, com menos de quinze anos, evidencia uma tendência em baixa e é inferior à idosa. Entre 1970 e 2008 o índice de envelhecimento passa de 27 idosos por cada 100 jovens, para 94, no caso dos homens e de 41 para 138 no caso das mulheres. Espera-se que o indicador seja superior a 2 idosos por cada 1 homem jovem e ultrapasse as 3 idosas por cada uma mulher jovem em 2060, no cenário central.

Corroborando as previsões anteriormente descritas, os dados das projecções populacionais para 2009 apresentados pelo INE (2010) continuam a evidenciar o contínuo envelhecimento da população. Assim, como é possível observar na tabela 1, o grupo etário das pessoas com 65 e mais anos em Portugal, é constituído por um total de 1901153 pessoas correspondendo a 17,87% da população total. Calculado o índice de

envelhecimento para o ano de 2009, verificou-se que este era de aproximadamente 118 pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 jovens.

Relativamente a Portugal Continental, as pessoas com 65 e mais anos representam 18,12% da população e o índice de envelhecimento calculado é de 120 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 jovens. Calculando este mesmo índice para os homens e para as mulheres, verifica-se que, segundo as mesmas projecções para 2009, existiam em Portugal Continental 98 homens idosos por cada 100 homens jovens e 143 mulheres idosas por cada 100 mulheres jovens.

No caso do distrito de Bragança, as estimativas para a população residente em 31 de Dezembro de 2008 evidenciavam um índice de envelhecimento de 229 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 jovens (INE, 2009).

**Tabela 1** – População residente em Portugal, por sexo e grupo etário no ano de 2009

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida): Anual			
		Período de referência dos dados			
		2009			
		Local de residência			
		Portugal	Continente	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
		PT	1	2	3
		N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10637713	10144940	245374	247399
	0 - 14 anos	1616617	1528075	45427	43115
	15 - 24 anos	1181435	1111700	36184	33551
	25 - 64 anos	5938508	5666838	133068	138602
	65 e mais anos	1901153	1838327	30695	32131
H	Total	5148203	4909494	121733	116976
	0 - 14 anos	828733	783216	23358	22159
	15 - 24 anos	602821	566970	18592	17259
	25 - 64 anos	2923237	2789330	67332	66575
	65 e mais anos	793412	769978	12451	10983
M	Total	5489510	5235446	123641	130423
	0 - 14 anos	787884	744859	22069	20956
	15 - 24 anos	578614	544730	17592	16292
	25 - 64 anos	3015271	2877508	65736	72027
	65 e mais anos	1107741	1068349	18244	21148

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida): Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

**Fonte:** INE – Estimativas da população. Dados actualizados em 31 de Maio de 2010. Consultado em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) em Agosto de 2010

Os determinantes para este envelhecimento populacional estão devidamente referenciados. No entanto, Špidla (2007), referindo-se à Região Europeia, opina que a questão demográfica tem vindo a modificar-se drasticamente ao longo de várias épocas, devido essencialmente a três razões principais:

- Em primeiro lugar, à medida que a geração baby-boom se aproxima da idade da reforma, a proporção de pessoas idosas aumenta drasticamente;
- Em segundo lugar, porque as taxas de natalidade têm permanecido baixas durante várias décadas;
- E em terceiro lugar, porque simplesmente hoje vivem-se mais anos e de forma mais saudável.

Concretamente em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (2009), com referência a indicadores relativos a 2008, afirma que estes continuam a reflectir as principais tendências demográficas observadas nos anos anteriores, com um abrandamento do crescimento populacional total e envelhecimento da população, afirmando que:

Paralelamente, a população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. A diminuição da fecundidade é responsável pelo envelhecimento ao nível da base da pirâmide etária, situando-se o índice sintético de fecundidade em 1,37 crianças por mulher, em 2008. Por outro lado, verifica-se um aumento da longevidade, que contribui para um envelhecimento ao nível do topo da pirâmide (p 9).

A situação descrita anteriormente é semelhante à da maioria dos países europeus, tendo o declínio começado no início da década de 60, e acontecido de forma mais ou menos generalizada.

Ora, as consequências das alterações da fecundidade vão reflectir-se inevitavelmente nas taxas de natalidade que, desde 1960, têm registado uma diminuição

contínua – 24,1 crianças por mil habitantes em 1960 para 11,7 crianças por mil habitantes em 2000 e 9,4 crianças por mil habitantes em 2009 (INE: 2010).

Os mesmos autores afirmam, ainda, que a diminuição da população jovem entre 2000 e 2050 é previsível em qualquer cenário (cenário base, de rejuvenescimento e de envelhecimento) sendo inevitavelmente mais acentuado no cenário de envelhecimento.

A diminuição da população jovem tem como consequência um agravamento do envelhecimento da população. Continuando a ter como referência a informação do INE (2009),

Em resultado da esperada redução da percentagem de população jovem e do aumento da proporção de população idosa manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, pelo que o índice de envelhecimento que em 2008 se situou em 115 idosos por cada 100 jovens poderá atingir, em 2060, um valor de 271 idosos por cada 100 jovens.

Ainda que existisse um aumento contínuo da fecundidade, conjugado com o aumento da longevidade e saldos migratórios positivos, tal situação não seria suficiente para travar o envelhecimento. A mesma opinião era já apresentada por Carrilho e Patrício (2005) que afirmavam que as projecções efectuadas pelo INE apontavam já para a diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e os saldos migratórios continuarem positivos.

De facto, o INE (2009: 3) continua a evidenciar o contínuo envelhecimento populacional, afirmando que

Para o aumento esperado da percentagem da população idosa contribuirá sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efectivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, consoante o cenário analisado, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida.

Perante tal situação vários estudiosos, entendem que o envelhecimento demográfico e a imigração são os grandes desafios que a sociedade portuguesa enfrenta. A este respeito, Carrilho e Patrício (2010: 36) concluem que:

Portugal continua a ser um país de imigração, embora com fluxos de entrada mais moderados, com países de origem diversificados, permanecendo, no entanto, um país de emigração, sobretudo de natureza temporária. O sentido que os fluxos migratórios assumirem no futuro determinará o maior ou menor grau de envelhecimento demográfico, pois a manutenção da fecundidade a níveis inferiores ao da substituição das gerações parece irreversível. A fixação de população com nacionalidade estrangeira representa um papel relevante no desenho da pirâmide de idades da população e na sua repartição por sexo. Como a estrutura etária dos imigrantes é geralmente mais jovem do que a da população de acolhimento, concentrando-se sobretudo nas idades activas, a entrada de imigrantes pode atenuar o envelhecimento. No entanto, sabe-se que o efeito sobre a composição de idades da população é mais modesto do que a baixa da fecundidade, pois os imigrantes tendem a adoptar os padrões de fecundidade e mortalidade das sociedades de acolhimento, e eles próprios envelhecem. O impacte da fecundidade dos imigrantes na população depende do volume e da respectiva estrutura de idades.

Perante este cenário, o país terá que encontrar as respostas mais adequadas, de modo a garantir uma sociedade inclusiva para todos. E a inclusão engloba, como é óbvio, para além dos migrantes, aqueles idosos que, por qualquer motivo, vivem sós, ou são portadores de algum tipo de dependência ou incapacidade e necessitam, assim, da ajuda de terceiros para a satisfação das necessidades básicas e/ou instrumentais da vida diária, decorrentes do aumento da prevalência das doenças crónicas e, conseqüentemente, das incapacidades e dependências, vulgarmente associadas ao envelhecimento.

Ainda que muitos desses idosos sejam institucionalizados, a verdade é que são, ainda mais, aqueles que permanecem no seio familiar pois, como afirmam Loones, David-Alberola, e Eugene (2005), em França, um número que variava entre 525 a 570000 pessoas com mais de 60 anos, viviam no seu domicílio numa situação de dependência, das quais, a maioria era portadora de dependência moderada e, menos de 5% padecia de dependência física e/ou psíquica grave.

Assim, a manutenção do idoso no domicílio conduz, necessariamente, à intervenção de diferentes actores, dos quais, a família se destaca primariamente.

## **2 - O Papel da Família no Apoio ao Idoso Dependente**

Faz parte do senso comum afirmar-se que a família constitui o local ideal para viver todas as etapas do nosso desenvolvimento preconizando, conseqüentemente, o local privilegiado para envelhecer. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) dizem que a família representa o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças e, ainda, que as relações se tornem mais difíceis e os conflitos emirjam, ela continua a ser o nosso lugar.

Assim, e porque o envelhecimento tem como característica a universalidade, representa uma realidade à qual ninguém consegue escapar e, porque hoje cada vez se vive mais, importa que se analise o presente e se pense no futuro. Como afirmam Romero e Wasiek (2007), prepararmo-nos para uma vida longa é uma questão que diz respeito à sociedade no seu conjunto, e não apenas aos idosos, uma vez que a velhice de ontem é diferente da velhice de hoje e, a de hoje, será seguramente diferente daquela que irá acontecer nas décadas futuras.

É universalmente aceite que, à semelhança do indivíduo que se desenvolve num ciclo de vida contínuo, também a família atravessa diferentes fases ao longo da sua existência, constituindo aquilo que na literatura é apelidado de ciclo de vida familiar. Este ciclo descreve a forma como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua existência.

As diferentes abordagens ao ciclo de vida familiar descrevem a família como um sistema que vai incorporando e perdendo elementos. Compreende a família como um conjunto de elementos que interagem entre si e com o ambiente. Assim, nesta abordagem familiar, Minuchin (1982) entende a família como uma unidade social, que enfrenta uma série de tarefas, e funciona como matriz do desenvolvimento psicossocial

dos seus membros. Compreende-a como um sistema aberto em transformação, que está em permanente troca com o ambiente extra-familiar e que actua em contextos sociais específicos. Define-a ainda como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interacção dos seus membros, e que opera através de padrões transaccionais. No interior da família, os seus elementos podem constituir subsistemas, que actuam com diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um elemento afectam e influenciam os restantes. Enquanto unidade social, a família enfrenta diferentes tarefas de desenvolvimento, que diferem ao nível dos parâmetros culturais, mas que possuem as mesmas raízes (Minuchin, 1990).

Desta feita, e segundo Alarcão (2006), numa família podem distinguir-se vários subsistemas:

- Individual – constituído pelo indivíduo que exerce o seu papel na família à qual pertence, mas que desempenha simultaneamente outros papéis noutros sistemas e que por sua vez vão influenciar o papel que desempenha na família;
- Parental – que exerce funções executivas, e tem a cargo a responsabilidade dos mais novos;
- Conjugal – formado pelos elementos do casal;
- Fraternal – constituído pelos irmãos.

A forma como estes subsistemas se organizam e inter-relacionam traduz a estrutura familiar. A coesão do sistema está dependente da comunicação no seio familiar, uma vez que proporciona o ajustamento das diferentes partes e a adaptação do sistema ao meio envolvente. Em resultado desta comunicação e informação, os sistemas delimitam fronteiras, definindo a sua identidade face aos outros sistemas.

Ao longo do tempo a família evolui, ultrapassando várias etapas, tendo como funções primordiais o desenvolvimento, protecção e socialização dos seus membros. Esta evolução traduz-se no ciclo vital da família e, como afirma Royo (2004: 241) “A família regenera-se continuamente através do ciclo do nascimento, matrimónio e morte, envolvendo novos membros à medida que os velhos morrem. Quando um membro se casa, estabelece-se um novo jogo de parentesco”.

O ciclo de vida familiar é dividido em estádios definidos a partir de momentos de crise. Dos vários modelos de estádios existentes, a maioria inicia o ciclo de vida familiar com a constituição de um novo casal, passa pelo nascimento dos filhos, pela adolescência dos mesmos, a sua saída enquanto adultos independentes, para finalmente culminar com o último estádio – família no final da vida.

Um dos ciclos de vida estudados e, simultaneamente o mais clássico, de acordo com Gimeno (1999) é o chamado ciclo de vida apresentado pela socióloga Evelyn Duvall que contempla oito estádios:

I – Família sem filhos (do casamento até ao nascimento do primeiro filho)

II – Família com filhos pequenos (do nascimento do primeiro filho até à idade pré-escolar, 3 anos)

III – Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)

IV – Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)

V – Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início dos estudos superiores)

VI – Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa – “launching family”)

VII – Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma – “empty nest”)

VIII – Família idosa (da reforma à viuvez)

Outros autores reduzem o ciclo vital a sete estádios. Tal é o caso de Bianchi e Estremero (2003) que reconhecem sete etapas:

- Constituição do casal
- Nascimento de uma criança

- Filhos em idade escolar
- Saída dos filhos de casa e respectivo casamento
- Etapa madura
- Anciania

As mesmas autoras afirmam que, ao longo da sua existência, as famílias atravessam diferentes tipos de crises que, segundo as características que assumem, podem constituir crises evolutivas ou crises inesperadas. As crises evolutivas dizem respeito às alterações esperadas, e a maioria das pessoas passa por elas. Essas alterações requerem sempre um tempo de adaptação para enfrentar novos desafios e fazem parte do desenvolvimento de uma vida normal. Já as crises inesperadas dizem respeito àqueles acontecimentos que ocorrem de forma repentina, que não se encontram na linha evolutiva habitual, como é o caso da morte prematura de um elemento da família, a perda de emprego, ou uma emigração forçada, ou uma dependência inesperada.

Ambos os tipos de crise podem ser vivenciados de formas distintas, dependendo dos recursos e de experiências anteriores, havendo famílias que podem vivê-las com maior facilidade e capacidade de adaptação, enquanto outras apresentam dificuldades acrescidas em vivenciá-las, revelando dificuldades adaptativas às situações em questão. Estas diferenças estarão, seguramente, relacionadas com a diversidade cultural existente e com os usos e costumes, pelo que não se pode afirmar que existam formas mais, ou menos, correctas de ultrapassar as distintas etapas.

As mesmas autoras, à medida que caracterizam os diferentes estádios, enunciam os problemas mais específicos de cada um, e, no que se refere à etapa da anciania, afirmam que cada elemento do casal irá sofrer alterações que vão requerer um determinado tempo para serem processadas. Nesta etapa, verifica-se ainda uma inversão de papéis no que concerne à prestação de cuidados (físicos, emocionais ou mesmo económicos), assumindo esses novos vínculos, características distintas, de acordo com a forma como foram vividos os estádios anteriores.

Para Romero e Wasiek (2007), a geração mais idosa deve permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo, no entanto, o

espaço necessário para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Mas é também neste último estágio da vida familiar que as pessoas têm necessidade de aprender a viver e a gerir as diferentes perdas: morte de familiares, do cônjuge, de amigos, perda de prestígio e de poder, para além de um possível declínio das capacidades físicas e intelectuais.

Assim, a cada ciclo familiar sucede um outro ciclo da mesma família, mas de outra geração, que vai renovando experiências e formas de viver. Como nos dizem Sousa et al (2004: 15) “As famílias que vivem na actualidade o fim da vida, podem ser consideradas ‘novas formas de família’, não porque sejam variantes do ciclo de vida tradicional, mas porque prolongam o ciclo de vida a uma extensão, até agora, rara (ou mesmo impossível)”. Referem ainda que as pessoas vivem cada vez mais anos e, pela primeira vez, os idosos tornaram-se num núcleo da população relevante.

De facto, como é possível observar através dos Censos de 2001, a proporção de idosos ultrapassou, naquele ano pela primeira vez, a proporção de jovens, pelo que a característica mais predominante na família de hoje, no final da vida, é o entrecruzar de gerações.

Gallego (2002), afirma também que a estrutura familiar tradicional está a desaparecer ou a transformar-se, acarretando alterações nas pessoas responsáveis pelo cuidado à família. De acordo com a mesma autora, estas alterações afectam, não só o tipo de família, como a sua estrutura, composição e tamanho.

Na actualidade, existem diferentes arranjos familiares, diferentes formas de dar início a uma família. Salientam-se a co-habitação homossexual ou heterossexual, adultos solteiros/sozinhos, casais com, ou sem filhos, divorciados com filhos, pelo que o ciclo de vida da família deve ser encarado como uma estrutura que necessita de se adaptar à grande diversidade que a sociedade nos oferece nos dias de hoje. (Sousa et al, 2004). Tais alterações fazem com que existam novas situações vivenciais para a pessoa idosa, como é o caso da visita aos seus netos ou a convivência com “novos” netos. (Iranzo: 2005).

A este respeito, Caniço, Bairrada, Rodríguez e Carvalho (2010) apresentam uma classificação das novas famílias de acordo com três critérios:

- 1- **Estrutura e dinâmica global:** identificam 21 tipos de famílias onde estão incluídas a família nuclear simples, a família alargada ou extensa, a família reconstruída, combinada ou recombinação, a família homossexual, a família monoparental, família adoptiva, entre outros. Face ao tipo de estudo que agora se apresenta, realça-se a inclusão de um novo tipo de família que os autores denominam como “família com dependente”, e que diz respeito àquela família em que um dos elementos é dependente dos cuidados de outros por motivo de doença (acamado, deficiente mental e/ou motor, requerendo apoio nas actividades da vida diária.
- 2- **Relação conjugal:** Nesta categoria enumeram seis tipos de família e descrevem a família tradicional, família moderna, família fortaleza, família companheirismo, família paralela e família associação. A família tradicional é descrita como sendo estruturada em função do género, em que cada membro tem um papel pré-estabelecido na família e na comunidade.
- 3- **Relação Parental:** Descrevem sete tipos que incluem a família equilibrada como sendo aquela em que os pais são concordantes e conscientes do seu papel. Identificam, ainda nesta categoria os tipos de família rígida, família super-protectora, família permissiva, família centrada nos filhos, família centrada nos pais, e família sem objectivos. Nesta categoria, agrupam ainda as famílias em estáveis e instáveis, onde o único tipo de família classificado como estável, é a família equilibrada

Ora, perante a diversidade de tipos de família apresentados, cada uma delas encarará a figura do idoso de forma diferenciada, que será obviamente influenciada pelos valores mais prevalentes na cultura onde estão inseridas.

Se se entender por idoso, aquela pessoa que tem 65 ou mais anos de idade, então, num conceito socialmente construído, idoso será aquele que atingiu a sua situação de reforma. Mas, como afirma Fonseca (2005: 46), “... nas sociedades ocidentais de hoje, o trabalho assume um papel central e vital na vida humana”, referindo ainda que para muitas pessoas, o trabalho representa a actividade com maior significado das suas vidas durante a adultez, por vários motivos essenciais:

- É do trabalho que lhes provém o dinheiro para a sua subsistência;
- Retiram prazer dessa actividade;
- É no trabalho que adquirem as principais fontes de convivência;
- Uma mistura de todos os motivos anteriormente enumerados.

Acrescenta que, numa sociedade marcadamente economicista e orientada para e pelo trabalho, a vida profissional assume simultaneamente as condições de exigência social e de estatuto, exercendo um papel importante na definição e desenvolvimento da identidade individual.

É por isso que a ocorrência da reforma e vivência da condição de reformado são realidades susceptíveis de gerar um conjunto de percepções, expectativas e sentimentos característicos de um processo de transição-adaptação, com eventuais consequências ao nível da satisfação de vida e do bem-estar psicológico, da saúde, do relacionamento com os outros, dos hábitos da vida quotidiana e até mesmo da personalidade (Fonseca, 2005: 46).

Assim, e uma vez que a passagem à situação de reforma representa o afastamento da actividade laboral e conseqüente perda relativamente ao desempenho profissional e às relações daí decorrentes, então os papéis sociais no seio da vida familiar adquirem outra importância no contexto de reforma.

Mas, como referem Sousa et al (2004: 20), “O tempo familiar cruza-se com os outros e tem uma existência própria”. Enquanto grupo, as famílias evoluem e transformam-se sem perderem a sua identidade, não constituindo no entanto entidades isoladas. As famílias existem em permanentes ligações com outros sistemas formais e informais, como a escola, os serviços de saúde, os amigos e vizinhos...e, desta interacção, é desencadeada a evolução e transformação.

Também Osuna (2006) concorda que o novo modelo de estrutura familiar, no final do século anterior, é caracterizado pelo aumento do peso das relações de reciprocidade entre os seus membros, uma vez que, pelo facto de se viver mais, é

produzido um alargamento familiar permitindo a coexistência de diferentes gerações. Assim, é nesta coexistência que se situam “... os avós de hoje que prestam ajuda aos seus e aos seus netos. Ninguém discute que na actualidade os avós estão mais presentes no ambiente familiar que há séculos” (Osuna,2006: 16-17).

Mas esta visão idílica do convívio entre avós e netos nem sempre acontece. Nos dias de hoje predomina, sobretudo em ambientes urbanos, a família nuclear formada apenas por pais e filhos. Assim, quem mais sofre com estas modificações são os idosos que acabam por perder o seu papel social desempenhado no seio familiar, estando neste momento relegados para segundo plano, habitando sós e isolados, com dificuldades de adaptação ao ambiente em permanente mutação.

A corroborar a tal afirmação, estão os dados fornecidos pelo INE (2002), segundo os quais, em aproximadamente 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso, as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total. Destas, a grande maioria é constituída por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

Gonçalves (2004) num estudo inter-censitário que desenvolveu no sentido de analisar as disparidades existentes entre os agregados familiares com e sem idosos nos domínios da pobreza segundo o rendimento e segundo as condições de vida, concluiu que,

De acordo com os resultados dos dois últimos recenseamentos da população, verifica-se um aumento proporcional das famílias clássicas constituídas só por idosos, contribuindo para tal não só as designadas famílias unipessoais, ou seja, os idosos a viver sós, mas também as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas, todas com 65 ou mais anos (Gonçalves,2004: 146).

À semelhança de Portugal, também em Espanha, e de acordo com Pascual, Palarea, Alonso e Calvo (2006), a maioria das pessoas idosas vive com o cônjuge ou com um familiar, enquanto que, aproximadamente, 17,65 vivem sós e cerca de 3% residem em lares.

De facto, a família assume hoje características distintas daquelas onde há décadas as pessoas cresciam e se desenvolviam. O processo de industrialização e a complexidade da vida urbana conduziram a uma mobilidade interna e externa da família, que fez romper os laços de vinculação existentes. Anteriormente, as famílias apoiavam-se numa estabilidade rígida e hierárquica, garantida pela autoridade patriarcal que era exercida no grupo familiar, facto que hoje não é discernível na maioria das famílias, dada a heterogeneidade de constituição, e são precisamente as alterações ocorridas, que caracterizam a família moderna. As mudanças no seio familiar acontecem a uma velocidade cada vez maior, provocando uma maior independência e menor continuidade de relações e, face à problemática do envelhecimento dos progenitores, à família deparam-se frequentemente situações difíceis de solucionar – o cuidado aos familiares idosos, particularmente àqueles que, de alguma forma, necessitam de ajuda na satisfação das necessidades humanas fundamentais.

Seguramente, cada idoso almejaria viver a última etapa da sua existência mantendo a sua privacidade e a da sua família, a sua independência para a vida doméstica, bem como o autocuidado. Infelizmente, nem sempre isso é possível (Pimentel, 2005).

A mesma autora defende que

A ideia de que as pessoas mais velhas se esforçam por manter uma intimidade à distância como modelo preferível para as relações com os seus filhos é a expressão concreta de que a independência e a autonomia dos filhos adultos devem ser respeitadas e preservadas (Pimentel, 2005: 72).

Defende, ainda, que apesar de os idosos solicitarem o apoio dos filhos, o fazem com relutância, entendendo que a solução ideal seria a de manter uma boa relação sem dependerem directamente deles.

Mas a questão é que nem sempre este ideal consegue ser mantido. A situação torna-se problemática quando a independência de um dos elementos fica comprometida e a prestação de cuidados específicos se torna premente, exigindo assim a mobilização do sistema familiar.

Ilustrando o que se acabou de referir, apresentam-se os resultados de um estudo desenvolvido junto de 1747 idosos, levado a cabo por Sousa e Figueiredo em 2003 e referido por Sousa et al (2004). Verificou-se que 12,5% dos idosos eram totalmente dependentes, 14,7% muito dependentes, 54% completamente independentes e 15,8% com limitações nas Actividades Instrumentais de Vida Diária.

De acordo com a OMS (1995) referenciada por Brito (2002), estimava-se que, aproximadamente, 15% dos idosos padecessem de semi-dependência resultante da gradativa perda de faculdades físicas e cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento. Aproximadamente 10% dos idosos teriam instalados quadros patológicos que agravavam a redução da sua capacidade de execução das actividades de vida diária e, finalmente, aproximadamente 5% dos idosos encontrar-se-iam em situações de total dependência de outros.

Ora, esses idosos com dependência parcial, ou com dependência total, necessitam de ajuda para a satisfação das suas necessidades. Essa ajuda, começa então no seio familiar, onde habitualmente um elemento da família assume a função de cuidador principal destes idosos.

### **3 - O Cuidado Informal de Idosos Dependentes**

A literatura evidencia que se assiste, na sociedade actual, a um aumento sem precedentes das situações relacionadas com a dependência e, logicamente com o conjunto de pessoas que necessita de algum tipo de ajuda para o desenvolvimento da sua vida, de forma a poder ajustar-se ao meio e interagir com ele.

De acordo com o IMSERSO (2007), as alterações demográficas e sociais estão a produzir um aumento progressivo da população em situação de dependência. Associado ao aumento contínuo das pessoas com 65 e mais anos, está ainda o fenómeno demográfico denominado por “envelhecimento do envelhecimento”, conceito que pretende traduzir o crescente aumento do número de pessoas com 80 e mais anos e que, segundo os mesmos autores, duplicou nos últimos vinte anos. Assim, estas duas situações demográficas fazem com que exista maior número de idosos em situação de dependência nas últimas etapas da sua vida.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho define dependência como sendo

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.

Cuidar significa a manutenção da vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis e que apresentam um conjunto diversificado de manifestações. (Colliére,1989).

Assim sendo, e face a situações de total ou parcial dependência, impõe-se a ajuda de alguém que faculte os cuidados à pessoa que deles necessita, sendo em muitos casos assegurados por um elemento da família que adquire assim a função de cuidador principal. No caso de não usufruir de remuneração pela tarefa executada, então este cuidador assume a função de cuidador informal. O conceito de cuidador informal obteve nos últimos anos particular relevo, quer ao nível da literatura, quer ao nível da investigação em gerontologia.

Na eminência da necessidade de iniciar a prestação de cuidados a um idoso dependente, a família está na primeira linha dessa prestação de cuidados, destacando-se habitualmente uma pessoa sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e conjunto de actuações no apoio e cuidado à pessoa idosa. Frequentemente, pode verificar-se a partilha de responsabilidades neste cuidado informal, particularmente nas situações em que o prestador de cuidados é um filho ou uma nora.

Lezaun; Arrazola e Arrazola (2001) entendem o cuidado informal como sendo as interacções entre um membro da família (geralmente são os familiares os principais prestadores de cuidados) que ajuda outro de uma forma regular (diariamente ou com uma intensidade próxima) a realizar actividades que são necessárias a viver a vida de forma independente.

O conceito refere-se segundo Sousa et al (2004: 61), "... a elementos da rede social do idoso (familiares, vizinhos, amigos...) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário". Nesta rede social, os cuidadores familiares constituem aqueles que merecem maior destaque, pois existem em maior número, assumem esse papel por um maior período de tempo e prestam maior número de cuidados.

Também o Paterson e Burgess (2009) definem o cuidador informal como sendo uma pessoa que presta cuidados a alguém com dependência física ou mental e necessita de ajuda para a satisfação das necessidades da vida diária. Afirma ainda que, habitualmente este cuidador é um familiar, amigo ou vizinho que não recebe qualquer remuneração pelos cuidados que presta.

A assunção do papel de cuidador nem sempre é uma actividade consciente, podendo ser uma continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência. O início da função de cuidador só muito raramente acontece através de um processo de escolha livre. Como salienta Morris (sd), não existe ninguém que tenha algum dia planeado tornar-se cuidador de algum familiar. Não existe ninguém que comece a poupar dinheiro, a organizar-se em termos de tempo para tal ocupação, ou a iniciar-se na aprendizagem de possíveis tarefas inerentes ao processo de cuidar, imediatamente após algum familiar ter atingido a idade de 65 anos.

Mas, como escreve Sequeira (2010), é na família que começa habitualmente o processamento e assimilação do papel de cuidador, recaindo por norma e tradicionalmente numa figura feminina, corroborando o já antes mencionado por Sousa et al (2004), quando afirmava que é atribuída às famílias, particularmente aos elementos do sexo feminino, a responsabilidade do cuidado aos familiares mais idosos e com maior grau de afinidade familiar. Desta feita, a função de cuidador informal é assumida como uma extensão dos papéis tradicionais da família. No entanto, a função de cuidador informal nem sequer é reconhecida de forma legal, entendendo-se como uma obrigação familiar e as medidas legais que proporcionem à família uma vida com qualidade são nulas ou praticamente inexistentes. O cuidador transforma-se, assim, num profissional invisível cuja função vai afectar, seguramente, a sua saúde e qualidade de vida.

Em Espanha, o Plano Gerontológico para os anos noventa, elaborado para a realidade espanhola, abordou pela primeira vez a necessidade da existência de programas e serviços dirigidos à família cuidadora – serviços de informação/formação, serviços intermédios denominados de “respiro” – dada a lacuna existente no conhecimento de um país que, devido à escassez de recursos sociais, as famílias constituíam as grandes prestadoras de cuidados de longa duração. Assim, nos anos de 1993 e 1994, foi desenvolvido um estudo com o grande objectivo de conhecer amplamente as características e extensão do cuidado informal em Espanha. Os resultados do estudo foram de grande valia para o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas às famílias cuidadoras.

Evidenciaram que, na grande maioria, eram as mulheres familiares próximas, em número singular, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, um baixo nível de

escolaridade, sem emprego remunerado e a viverem no mesmo domicílio que a pessoa cuidada, que constituíam o grosso de pessoas cuidadoras. O estudo revelou ainda que, do total de cuidadoras, 61,5% declararam não receber qualquer tipo de ajuda na realização do seu trabalho (INSERSO, 1995)

Também Brito (2002) afirma que praticamente todos os estudos apontam as filhas como principais cuidadoras. Seguem-se as noras, em substituição dos filhos, depois as esposas e, posteriormente, outros tipos de parentesco, mas predominando sempre as mulheres nesta prestação de cuidados.

Em 2004, e porque surgiu a necessidade de reavaliar a situação, o IMSERSO através de Rodríguez, Echanagorria e Castello (2005), desenvolveu novo estudo. Através dele e da sua publicação, de acordo com a direcção daquele instituto, pretendeu-se prestar uma homenagem pública às inúmeras famílias, muito especialmente às mulheres que desenvolvem este trabalho, para muitos invisível, no sentido de proporcionarem o melhor bem-estar aos idosos mais frágeis do país. Por outro lado, a mesma publicação serve para reavaliar o compromisso no desenvolvimento de políticas que realmente prestem apoio, tanto à família cuidadora, como às pessoas cuidadas.

Os resultados obtidos apontam para as seguintes conclusões:

- Existem 5,1% dos lares espanhóis, nos quais reside uma pessoa prestadora de ajuda a idosos.
- Esta ajuda pode ser agrupada em ajuda informal e empregados, sendo que, 4,5% correspondia à ajuda informal (familiares, amigos ou conhecidos, que não recebem qualquer retribuição), e 0,6% corresponde à ajuda prestada por empregados.
- Estes percentuais correspondem a 633.685 habitações nas quais reside pelo menos um cuidador informal;
- Pode residir, na mesma habitação, mais do que uma pessoa que presta ajuda informal, estimando-se que existam um total de 950.528 cuidadores informais, representando 6% da população com mais de dezoito anos

- O número de idosos que recebem este tipo de cuidados é de 1.226.181, representando 17% da população com mais de 65 anos de idade.

- Encontraram-se ainda 92.185 empregados a apoiarem ou cuidarem de 109.700 idosos.

Os dados revelaram ainda que, maioritariamente, os cuidadores tinham idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos, eram casados, com baixo nível de escolaridade (ensino primário) e domésticas.

Verificou-se ainda que 50% dos cuidadores são filhas, e 12% esposas ou companheiras.

Os dados correspondem ao afirmado por Alvarez (2005: 16), que define assim a figura do cuidador informal: “Se isto fosse um guião de uma película cinematográfica diríamos que a personagem principal é uma mulher de 53 anos, casada com estudos de nível primário e cuja actividade principal são as tarefas domésticas”.

Relativamente ao estudo anterior, são evidenciadas algumas diferenças, nomeadamente no que concerne ao aumento de um ano na média de idades da pessoa cuidadora, a diminuição do número de cuidadores sem estudos e do número de netos com este tipo de função.

O mesmo estudo aponta para o facto de, frequentemente, a ajuda que os cuidadores prestam ser de grande intensidade tanto pelo tipo de trabalho que desempenham, como pelo número de horas que lhe dedicam e ainda pelo prolongar da situação. Realça-se ainda que cerca de 85% dos cuidadores sentem que a ajuda que prestam se reflecte negativamente na sua vida.

Como já foi referido anteriormente, este tipo de cuidado é vulgarmente esquecido ou ignorado. É habitual pensar-se em cuidados de saúde como sendo apenas aqueles que são prestados por médicos, enfermeiros, terapeutas... enfim, por qualquer profissional de saúde inserido numa estrutura de saúde devidamente organizada, independentemente de se tratar de estrutura pública ou privada. No entanto, aqueles indivíduos cuja situação de saúde se transforma em situação de incapacidade ou dependência crónica necessitam de ajuda para a realização das necessidades básicas da

vida diária, tais como, higiene corporal, alimentação, deambulação, eliminação, ou ainda para a execução das actividades instrumentais da vida diária, tal como o sair de casa para uma deslocação ao médico, à igreja ou ao banco. E essa ajuda, a que também se pode chamar prestação de cuidados de saúde, é exercida prioritariamente por familiares, amigos ou vizinhos.

De acordo com um estudo desenvolvido pelas universidades de Castilla-La Mancha, Múrcia e UNED e apresentado no XII Congresso da Sociedade Espanhola de Reabilitação, os cuidadores informais de idosos dependentes poupam ao Estado Espanhol entre 25.000 e 40.000 milhões de euros por ano, valores que correspondem a cifras entre 2,29% e 3,79% do PIB (Noticias médicas, 2011).

Entende-se, assim, que o contributo fornecido pelo cuidador informal de pessoas dependentes é insubstituível uma vez que seria impensável o Estado ter capacidade monetária para tal.

A mesma opinião foi previamente apresentada por Allen (*Deputy Secretary of Health and Human Services*) quando, em 2003, enfatizava que se este tipo de cuidado tivesse de ser substituído por cuidados prestados pelo Serviço de Saúde, verificar-se-ia um aumento de custos para os Estados Unidos da América que rondaria os 45 a 94 biliões de dólares.

No contexto espanhol e português, os cuidados de saúde primários constituem o polo de complemento e ajuda aos serviços prestados pelos cuidadores informais, embora nem sempre de forma efectiva e, como afirma Bermejo (2005), os cuidadores representam uma peça chave na tríade terapêutica equipa de saúde – utente dependente – cuidador.

Assim sendo, há a necessidade de reflectir acerca deste tipo de cuidado. Não deve ser entendido como uma situação perfeitamente garantida, dado que esta assistência familiar exige grande dispêndio de tempo, dedicação e perseverança. Muito do tempo destinado a actividades de lazer é desviado para o cuidado ao familiar dependente. Por outro lado, aqueles que possuem um emprego, enfrentarão seguramente conflitos entre as suas responsabilidades profissionais e as responsabilidades de cuidador.

Petit (2004, p. 101) refere que aquele que cuida “ (...) não é um actor que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta”.

Cuidar de alguém representa um dos maiores desafios a ultrapassar, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao familiar, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos mentais e físicos. Os cuidadores, mais do que quaisquer outros, têm a necessidade de, também eles serem cuidados, porque “cuidar” tem vindo a revelar-se como uma tarefa árdua e exigente, que resulta vulgarmente numa situação de sobrecarga, para a qual podem concorrer de forma positiva ou negativa factores como o apoio social, a auto-eficácia do cuidador, as representações dos cuidadores acerca dos idosos e a solidão dos cuidadores, os quais se passam a descrever.

### 3.1 - Apoio Social ao Cuidador Informal de Idosos Dependentes

A literatura, como tem vindo a ser amplamente referido, evidencia a importância que o cuidado informal assume para a vida da pessoa cuidada, mas põe simultaneamente em relevo as implicações negativas associadas a essa função, tornando-se imperiosa a adopção de estratégias preventivas desses efeitos. De facto, a intensa dedicação que o cuidador dirige ao idoso dependente, faz com que num futuro mais ou menos próximo, ele venha a padecer de alterações na sua saúde física e mental, transformando-se naquilo a que diversos autores apelidam de “paciente oculto” (Flórez, 2002; Linde, Velasco & Velasco, 2005). Assim, para que o cuidador seja capaz de desenvolver a sua função de forma eficaz, necessitará de apoio pois, como afirmam Guedea, Damacena, Carbajal, Marcobich, Hernández, Lizárraga e Flores (2009: 243) “o recurso que pode amenizar esses impactos é a existência de redes de apoio social, dentro das quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem as necessidades em situações cotidianas e de crise”.

Face ao referido pelos autores supracitados, pode inferir-se que no âmbito do constructo dos laços sociais, se destacam dois conceitos: o de rede social e o de apoio ou suporte social.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983: 127), definem o suporte social como sendo a “... disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

Vaz Serra (1999) define o apoio social como sendo a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam uma pessoa de forma dinâmica, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005: 704), dizem que a rede social (*social network*) pode ser definida como “...o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida”, e definem o apoio social como “recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo)”

Rosa e Benício (2009) defendem que o apoio social no âmbito das redes sociais se relaciona com aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e que, segundo Due (1999), engloba os seguintes tipos de apoio:

- Emocional – que envolve expressões de amor e afecto;
- Instrumental ou material – que se refere a ajudas concretas como por exemplo, a ajuda na limpeza da casa, na prestação de cuidados de higiene e conforto, entre outros;
- Informação - que compreende o aconselhamento, sugestões ou orientações, usados para lidar com problemas ou para ajudar a resolvê-los;
- Interação social positiva – respeitante à disponibilidade de pessoas com quem se pode divertir ou relaxar.

Face ao exposto, poder-se-á afirmar que o apoio ou suporte social será aquele conjunto de pessoas, associações ou organizações públicas ou privadas, que estão ao dispor dos indivíduos e famílias, para responderem aos pedidos de ajuda e assistência. Neste contexto, dentro das redes sociais, podem diferenciar-se dois tipos de apoio ou suporte sociais: a rede de apoio formal e a rede de apoio informal. No que concerne à rede de suporte social formal de protecção social, esta diz respeito a “...todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais” (Nogueira, 2009:10), ou seja: as pessoas prestam este tipo de apoio numa base contractual, onde a relação estabelecida é de âmbito profissional e qualificada, havendo o compromisso da prestação de cuidados sob orientações específicas, mediante recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das funções.

No âmbito das respostas sociais formais, em Portugal podem distinguir-se os seguintes tipos de respostas para idosos: Centro de Convívio; Centro de Dia; Lares para Idosos; Residência; Serviço de Apoio Domiciliário; Acolhimento Familiar de Idosos; Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos; Centro de Noite. Para além das respostas referidas, há ainda a acrescentar os serviços de teleassistência e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. No entanto, e dado o âmbito da presente investigação, apenas se definirão aqui, aquelas respostas sociais que concorram para a manutenção do idoso no seu ambiente familiar e social e, como tal, constituirão um complemento à actividade desenvolvida pelo cuidador informal. Assim, entende-se por:

**Centro de Dia** - resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. De acordo com Bonfim e Saraiva (1996) os centros de dia têm como objectivos:

- a) Prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas;
- b) Prestação de apoio psicossocial;
- c) Fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

**Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** - é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária. De acordo com Bonfim e Veiga (1996), o SAD tem como objectivos gerais:

- a) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- b) Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

São ainda objectivos específicos do serviço de apoio domiciliário:

- a) Assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas;
- b) Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- c) Colaborar na prestação de cuidados de saúde.

**Cuidados Continuados Integrados** – De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006 que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, entende-se por este tipo de cuidados

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (p 3857).

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento que incluem as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos;
- b) Unidades de ambulatório;

c) Equipas hospitalares

d) Equipas domiciliárias.

No âmbito da prestação de cuidados continuados, e face ao tema da presente investigação, realça-se o facto de, nas unidades de longa duração e manutenção, estar previsto o internamento temporário da pessoa em situação de dependência, tendo como objectivo o descanso do cuidador. Assim, de acordo com o nº 3 do artigo 17º “A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento... em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano”. Realça-se no entanto, que os internamentos da pessoa dependente para este efeito, não devem ultrapassar 30 dias consecutivos por cada acto de internamento.

Destacam-se ainda as unidades de ambulatório, constituídas pelas equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, e que estão inseridas nas estruturas dos cuidados de saúde primários particularmente nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). De acordo com o nº 1 do artigo 11ª do Decreto - Lei nº28/2008,

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Finalmente no âmbito das redes sociais de suporte formal, faz-se ainda referência ao serviço de **teleassistência**. É um serviço telefónico de apoio pensado para melhorar a qualidade de vida, saúde, segurança e auto estima das pessoas em situação de dependência, para que possam permanecer no seu domicílio, desfrutando da sua comunidade social e local.

No que diz respeito à utilização dos recursos acima mencionados pelos idosos e família, Nogueira (2009) no estudo que desenvolveu acerca da dependência, concluiu

que se tem observado que, o recurso ao Serviço de Apoio Domiciliário precede e retarda a efectivação da institucionalização no lar, sendo esta, para muitos idosos, a última opção em termos de apoio à dependência, facto que comprova a concretização dos objectivos definidos para esta resposta social.

A rede informal engloba o conjunto de pessoas que presta cuidados a outra numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras.

Apesar de conceptualmente distintas, as duas redes de suporte social desempenham muitas vezes o seu papel numa relação de complementaridade ou de substituição. Ambas concorrem para a manutenção do idoso no seu ambiente natural e, ao nível do cuidador, contribuem para a diminuição dos efeitos negativos em resultado da função do cuidar. Veiga (2001) afirma que nas diversas investigações desenvolvidas acerca da temática, existe concordância na necessidade de apoiar o cuidador no desempenho da sua função. No entanto realça que qualquer programa de intervenção é mais eficaz se desenhado em função das características da família, do cuidador e da pessoa cuidada. Por outro lado realça que, em muitas situações a rede formal de apoio social é tardiamente requisitada e quando acontece, uma situação de crise está já devidamente instalada (como por exemplo a sobrecarga do cuidador e a situação do idoso cuidado já muito deteriorada). Referem que esta solicitação tardia pode acontecer por desconhecimento da existência dos recursos formais. Rodriguez, et al (2005) indagaram junto dos cuidadores se conheciam ou tinham ouvido falar do tipo de ajudas existentes para as pessoas idosas dependentes, uma vez que o primeiro passo para a sua utilização reside no conhecimento da sua existência. Referem ainda que há outros factores determinantes para o seu uso: a necessidade tanto percebida pelos interessados, como a estabelecida pelas instituições, ou ainda a oferta ou disponibilidade deste tipo de serviços. As respostas obtidas indicaram que os serviços mais conhecidos são as residências para idosos, aparecendo em segundo lugar os serviços de apoio domiciliário. De realçar que, no mesmo estudo, os cuidadores consideraram serem as famílias que devem encarregar-se dos cuidados aos seus familiares dependentes, cabendo no entanto às instituições, o papel de provedor de meios e técnicos para apoiarem os familiares no

cuidado em ambiente familiar. Consideraram ser muito importante o desenvolvimento de serviços de apoio ao domicílio como prioritário, em segundo lugar, o apoio monetário em forma de salário mensal ao cuidador e, em terceiro lugar, o aumento do número de centros de dia.

Assim, a existência destas redes de apoio social formal deverá ser amplamente divulgada, informando concomitantemente dos benefícios da sua utilização, já que diversas investigações acerca da temática têm vindo a realçar os seus benefícios tanto para o cuidador como para a pessoa em situação de dependência e/ou incapacidade. A este respeito Baltar, Cerrato, Trocóniz e González (2006), afirmam que entre as variáveis consideradas como mediadoras nas investigações acerca do cuidado, as mais frequentemente estudadas são as estratégias de coping do cuidador e o apoio social, dado que são frequentemente identificadas como as variáveis mediadoras mais importantes no processo de stress do cuidador. Referem ainda que, no que diz respeito ao apoio social, diferentes estudos assinalam que é mais importante a existência de um apoio com qualidade do que em quantidade, ou seja, é mais importante que o cuidador considere que realmente pode contar com alguém que lhe proporcione ajuda efectiva do que ter conhecimento da existência de muitos apoios disponíveis. Também Robinson-Whelen, Taday, MacCallum, McGuire e Kiecolt-Glaser (2001) afirmam a importância do apoio social referindo que constitui provavelmente a variável moduladora mais importante para a família cuidadora, já que constitui importante fonte de ajuda para os cuidadores quando se deparam com situações de crise. Afirmam ainda que os cuidadores que têm maior apoio social têm mais probabilidades de evitarem as consequências negativas do cuidar.

Como referido anteriormente, a coexistência e cooperação dos dois sistemas de apoio social, concorrem para a diminuição das repercussões associadas ao cuidar, podendo contribuir concomitantemente para o aumento da auto-eficácia do cuidador.

### 3.2 - Auto-eficácia do Cuidador Informal de Idosos Dependentes

Crenças de auto-eficácia pertencem à classe de expectativas e, como o próprio termo sugere, expectativas ligadas ao self. A definição universalmente aceita pelos autores é a apresentada por Bandura (1994; 1998) ao afirmar que a percepção de auto-eficácia é definida como a crença que cada um tem acerca das suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que exercem influência sobre eventos que afectam a sua vida, ou seja, a crença acerca da sua capacidade para produzir efeitos. As crenças de auto-eficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Tais crenças produzem diversos efeitos através de quatro grandes processos: cognitivo, motivacional, afectivo e decisional.

O’Leary, (1985) reafirma a teoria de Bandura e refere que a percepção que as pessoas têm das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional.

O sentir-se eficaz para desenvolver qualquer tarefa não significa necessariamente sentir-se valioso, embora habitualmente as pessoas tenham tendência a orientar a sua actuação para aquelas tarefas nas quais se sentem mais capazes e lhes conferem um sentimento de mais -valia pessoal. Quanto mais elevada for a percepção de auto-eficácia, mais forte e persistente será o esforço empregado. Contrariamente, existe a tendência para evitar situações entendidas como difíceis ou impossíveis de realizar e, que às exigências das mesmas, as pessoas procuram fugir delas, apresentando as mais variadas justificações. Em consequência, como afirma Bandura (1982), estas preocupações dificultam a acção e distraem a atenção da tarefa para a centrar em si próprio.

Um forte sentido de auto – eficácia fortalece a realização humana e aumenta o bem-estar pessoal. Pessoas com elevada confiança nas suas capacidades encaram as tarefas difíceis como desafios a enfrentar e não como ameaças a evitar. Essas perspectivas de eficácia fomentam o interesse intrínseco e empenhamento nas tarefas. As pessoas estabelecem metas desafiadoras e mantêm um forte compromisso com elas, aumentam e mantêm os seus esforços face ao fracasso e, rapidamente, recuperam o sentido de eficácia depois de fracassos e retrocessos. Essas pessoas atribuem a falha a

esforços insuficientes ou a deficit de conhecimentos e a capacidades ainda por adquirir, enfrentam situações ameaçadoras com a certeza de que podem exercer controlo sobre elas. Essas perspectivas de eficácia promovem a realização pessoal, reduzem o stress e diminuem a vulnerabilidade para a depressão. (Bandura (1994;1998). Bzuneck (2001) refere que se realça assim que, a auto-eficácia diz respeito a uma avaliação ou percepção pessoal e é um conceito que inclui a própria inteligência, habilidades ou conhecimentos. Afirma que não se trata de ter ou não tais capacidades, mas sim de acreditar que se possuem. Tais capacidades são dirigidas para a organização e colocação em prática de linhas de acção, significando uma expectativa de “poder fazer” o que se pretende. Acrescenta que existe ainda um componente de finalidade, que contempla as exigências requeridas pela situação em questão, pelo que as pessoas que acreditam serem auto-eficazes atendem concomitantemente às próprias potencialidades, ao objectivo de cumprirem as exigências da situação em questão e ainda às acções que conduzem à concretização desse objectivo.

Mas, como lembra Bandura (2006), ninguém consegue ser tudo em simultâneo, dado que tal exigiria um domínio completo da esfera humana. Afirma que as pessoas são diferentes nas áreas de auto-eficácia, bem como nos domínios em que a desenvolvem. Apresenta o exemplo de um empresário que pode, simultaneamente, apresentar uma elevada auto-eficácia organizacional e uma baixa eficácia em termos parentais. Afirma ainda que o sistema de crenças de auto-eficácia não constitui característica global, antes, um conjunto diferenciado de auto-crenças ligadas a áreas específicas de funcionamento.

Assim sendo, a auto-eficácia é entendida como um domínio específico, isto é: a pessoa pode possuir convicções mais firmes em domínios e situações particulares. No entanto, e como afirmam Schwarzer e Scholz (2000), existem vários estudiosos que apresentam um sentido generalizado de auto-eficácia, referindo-se a uma confiança global nas capacidades pessoais para enfrentar exigências ou situações novas. Neste sentido, a auto-eficácia geral abarca um senso amplo e estável de competências pessoais para lidar com uma ampla variedade de situações stressantes.

De facto, Albert Bandura na obra *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*, identificou este elemento essencial para a compreensão da

aprendizagem social – “...os indivíduos criam e desenvolvem percepções pessoais sobre si mesmos, as quais se tornam instrumentais para os objectivos que perseguem e para o controle que exercem sobre o seu próprio ambiente” (Pajares & Olaz, 2008: 97).

Os mesmos autores afirmam que posteriormente, em 1986, Bandura começou a enfatizar o papel central que os processos cognitivos, vicários, auto-reguladores e auto-reflexivos exercem na adaptação e nas mudanças humanas, tendo acrescentado o termo *cognitiva* à sua teoria social, para evidenciar o papel importantíssimo da cognição na capacidade das pessoas construírem a sua realidade, se auto-regularem, codificarem as informações e, a partir daí, desenvolverem comportamentos.

Assim, segundo a teoria de Bandura, os indivíduos são “...auto-organizados, proactivos, auto-reflexivos e auto-regulados, em vez de organismos reactivos que são moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores encobertos” (Pajares & Olaz, 2008: 98). Desta feita o pensamento e acção humanos provêm da interacção dinâmica e recíproca entre as influências pessoais, comportamentais e ambientais. Em consequência, as intervenções terapêuticas poderão ser dirigidas para cada um dos elementos da tríade. Para elevar o bem-estar, podem adoptar-se estratégias dirigidas ao aperfeiçoamento dos processos emocionais, cognitivos ou motivacionais da pessoa, ou dirigidas para melhorar as capacidades e habilidades comportamentais, ou ainda voltadas para a modificação das condições sociais em que as pessoas vivem.

Com a sua teoria social cognitiva, Bandura opõe-se a teorias do funcionamento humano que enfatizam em demasia o papel dos factores ambientais no desenvolvimento da aprendizagem e do comportamento. Difere, ainda, daquelas teorias de funcionamento humano que evidenciam a influência dos determinantes biológicos no desenvolvimento e adaptação humanos. (Pajares & Olaz, 2008: 99).

Os autores acima referenciados referem que a teoria social cognitiva se baseia numa visão da agência humana. De acordo com essa teoria, os indivíduos são agentes que fazem as coisas acontecer e envolvem-se de forma proactiva no seu próprio desenvolvimento. Esta percepção de auto-eficácia conduz necessariamente à noção de que cada pessoa constitui o principal agente da sua vida. Continuando a ter por base

Bandura, e como o mesmo afirmava em 2002 por motivo da sua investidura com doutoramento Honoris Causa na Universitat Jaume, “A procura da predictabilidade, e algumas medidas de controlo sobre eventos que afectam a vida das pessoas, estão a adquirir importância social crescente” (Bandura, 2002: 35). Afirma que o enfrentar as mudanças que desorganizam e reestruturam a vida de cada pessoa não constitui facto novo na história da humanidade. O que é novo é o desafio ilimitado e o ritmo acelerado com que acontecem as transacções e intercomunicações humanas num mundo cada vez mais globalizado.

Estas rápidas e envolventes realidades apresentam novos desafios adaptacionais aumentando as oportunidades para as pessoas influenciarem o curso das suas vidas e moldarem a vida nacional. As transformações sociais na actualidade dão primazia à actividade social e colectiva. Afirma ainda que entre os mecanismos de agentes activos, nenhum é mais central ou penetrante que as crenças de auto-eficácia, constituindo este sistema de crenças, a base do humano enquanto agente.

A não ser que as pessoas acreditem que conseguem alcançar resultados desejáveis e antecipar os indesejáveis através das suas acções, terão pouco incentivo para actuarem ou serem perseverantes em face de dificuldades. Quaisquer outros factores que sirvam de guia e sejam motivadores, estão enraizados no conjunto de crenças, de que uma pessoa possui o poder de produzir mudanças através das suas acções (Bandura, 2002: 35).

Existe pois um elemento fundamental ao sentido de agência. É que as pessoas possuem crenças, sentimentos e acções próprias que lhes facultam a possibilidade de exercerem um certo grau de controlo sobre os pensamentos, sentimentos e acções. Nas palavras de Bandura (1986: 25) “aquilo que as pessoas pensam, crêem e sentem afecta a maneira como se comportam”. Para o autor, ser um agente significa influenciar intencionalmente o próprio funcionamento, bem como o curso dos eventos que afectam a vida de cada um. Nesta perspectiva “as pessoas são, auto-organizadas, proactivas, auto-reguladas e auto-reflexivas” (Bandura, 2002: 36). São produtoras dos próprios acontecimentos de vida, e não apenas o produto dos mesmos. Através do desenvolvimento de capacidades habilitadoras e crenças resilientes, contribuem para o

curso das suas vidas. Mais tarde em 2008, Bandura (2008a; 2008b) afirmará que, na sua função de agência, as pessoas possuem quatro características principais:

- **Intencionalidade** – intenções que incluem planos de acção e estratégias para os realizar. A maioria das pessoas procura envolver outros agentes participativos, pelo que, não existe uma agência absoluta. As pessoas têm de negociar e adaptar os interesses próprios para conseguirem unidade de esforços dentro da diversidade. Os esforços colectivos exigem compromisso para com uma intenção partilhada e coordenação de planos de acção interdependentes para que sejam concretizados. Um efectivo desempenho grupal é dirigido por uma intencionalidade colectiva;

- **Pensamentos antecipatórios** – a extensão temporal envolve mais do que planos dirigidos ao futuro. São estabelecidas metas e resultados antecipatórios de acções prospectivas para guiar e motivar os esforços. Através da representação cognitiva, futuros visualizados são trazidos para o presente como guia orientador e motivador do comportamento. Quando projectados durante um longo período de tempo, fornecem uma direcção, coerência e sentido para a vida;

- **Auto-reactividade** – os agentes activos não são apenas planeadores e pensadores por antecipação. São também auto-reguladores. Adoptam padrões pessoais e monitorizam e regulam as suas acções através da influência auto-reactiva. O que fazem fornece-lhes satisfação e um sentimento de auto-valor, mas evitam acções que lhes traga um sentimento de auto-censura;

- **Auto-reflexividade** - as pessoas não são apenas agentes de acção, mas também auto-avaliadores do seu funcionamento. Reflectem acerca da sua eficácia, da solidez dos seus pensamentos e atitudes, do significado dos seus desejos, introduzindo medidas correctivas, se necessário.

Também Pajares e Olaz (2008) afirmam que as crenças que as pessoas possuem acerca de si mesmas constituem elementos chave no seu exercício de controlo e agência pessoal. As pessoas são o resultado do ambiente e sistema social, mas são simultaneamente produtores desses mesmos ambientes. Assim, e de acordo com os mesmos autores, porque as pessoas interagem com as demais, Bandura alargou a concepção de agência humana para a de agência delegada e colectiva.

Existem muitas actividades para as quais as pessoas não possuem um controle directo, nomeadamente, em determinadas condições sociais e práticas institucionais. Perante elas, as pessoas procuram o bem-estar e segurança, valendo-se da agência delegada. Assim, tentam que outras pessoas, com conhecimento ou influência e poder, ajam em seu favor para a concretização dos resultados pretendidos. As pessoas também fazem uso desta agência delegada, quando não pretendem sobrecarregar-se com o trabalho e com o stress que as circunstâncias exigem.

Por outro lado, o ser humano vive e trabalha em conjunto, com base em crenças que partilha acerca das suas capacidades e aspirações comuns, tendendo a melhorar a sua vida. Muitos dos resultados pretendidos apenas são alcançados com iniciativas interdependentes, pelo que as pessoas necessitam de trabalhar em conjunto, de forma a garantir aquilo que não conseguem realizar sozinhas. “As realizações do grupo não são o produto apenas de habilidades e de conhecimentos compartilhados, mas de dinâmica interactiva, coordenada e sinérgica de suas transacções” (Bandura, 2008b: 116). Esta extensão conceptual faz com que a teoria seja aplicável à adaptação e mudança em sociedades de orientação quer individual, quer colectiva. No entanto, há que realçar que a eficácia colectiva não se restringe apenas à soma das crenças de eficácia individuais, ela é uma propriedade emergente ao nível do grupo. O locus desta percepção de eficácia colectiva reside nas mentes dos membros do grupo, uma vez que a sua acção depende do comportamento dos seus membros. Uma acção coordenada segundo uma crença compartilhada faz com que os elementos do grupo percebam, aspirem, se motivem e se regulem.

“ As pessoas são, em parte, produtos dos ambientes em que vivem, mas ao seleccionar, criar e transformar as suas circunstâncias ambientais, elas também produzem esses ambientes” (Bandura, 2008b: 115). Assim, a capacidade de agente permite-lhes influenciar o rumo dos acontecimentos e modelar as suas vidas, dado que as pessoas se auto-motivam e orientam as suas acções com base nas próprias crenças de auto-eficácia.

Efectivamente, e continuando na linha de pensamento de Bandura, a percepção de eficácia influencia directa e indirectamente o comportamento através do impacto em

determinantes como objectivos e aspirações, expectativas de resultados, afectividade, percepção de oportunidades e obstáculos do ambiente social. Assim,

As crenças de eficácia influenciam o pensamento das pessoas de forma aleatória ou estratégica, optimista ou pessimista, quais os cursos de acção decidem perseguir, os objectivos que estabelecem para si mesmas e seu comprometimento com eles, quanto esforço dedicam em determinadas actividades, os resultados que esperam produzir, quanto tempo perseveram frente a obstáculos, sua resiliência à adversidade, quanto stress e depressão sentem ao lidar com demandas ambientais difíceis, e as realizações que alcançam (Bandura, 2008b: 115).

Conclui assim que a influência da percepção de auto-eficácia na adaptação e mudança humanas está perfeitamente confirmada.

Ao longo da existência de cada pessoa são múltiplas as situações que implicam a adopção de um novo papel, mudanças na vida quotidiana e, conseqüentemente um processo de adaptação, mais ou menos facilitado de acordo com a percepção de auto-eficácia. Tal é, seguramente, a assunção do papel de cuidador informal de idosos com dependência física e/ou mental.

O início da função de cuidador só muito raramente acontece através de um processo de escolha livre. Como referido anteriormente, não existe ninguém que tenha algum dia planeado tornar-se cuidador de algum familiar. Nos dias de hoje, e face ao crescente envelhecimento da população, esse tipo de cuidado assume particular relevância e constitui a espinha dorsal dos sistemas de cuidados de longa duração, dado que os cuidadores informais proporcionam a ajuda necessária, assumindo-se como a linha de vida para os seus familiares, nomeadamente aos familiares idosos. Apesar disso, nem sempre este tipo de cuidado é socialmente reconhecido, independentemente do esforço dispendido para que as pessoas necessitadas deste tipo de cuidado tenham as suas necessidades satisfeitas com amor, carinho e dedicação.

Embora a pessoa cuidada reconheça a importância que o esforço do cuidador assume para o seu bem-estar, as instâncias governamentais nem sempre entendem este

tipo de cuidado como uma das forças mais notáveis das famílias e comunidades e, atrevemo-nos a dizer, vital para os sistemas sociais e de saúde dos países.

No entanto, como afirma Allen (2003) o cuidado a um idoso dependente é, seguramente, uma situação indutora de stress colocando estes cuidadores em situação de vulnerabilidade para doenças somáticas e psiquiátricas. Afirma que “aproximadamente um terço dos cuidadores, percebem a sua saúde como bastante má” (p.1). Por outro lado afirma que estudos recentes concluíram que o stress associado ao cuidado informal pode resultar no aumento do risco para doenças infecciosas, para sintomatologia depressiva e ainda para o aumento do risco de doenças crónicas como patologia cardíaca, diabetes e cancro. O cuidado informal, quando acompanhado de vulnerabilidade emocional, pode ser considerado como um factor de risco para a mortalidade em idosos que cuidam dos seus familiares.

Álamo (2004) realça a positividade indiscutível dos cuidados domiciliários, uma vez que a pessoa é assistida no seu ambiente familiar, rodeado por objectos pessoais e por entes queridos. No entanto, firma que:

...a face obscura dessa questão habita no abandono das responsabilidades por parte do Estado e do Sistema Sanitário, a sobrecarga na tarefa que se vai acumulando sobre a família, a fonte de conflitos que isso pode acarretar, o esgotamento económico dos recursos familiares e o possível burn-out do cuidador familiar principal.

De facto, existem muitos acontecimentos que podem transtornar a vida pessoal e familiar. Habitualmente, aparecem de forma repentina e podem destabilizar o sistema. Tal é o caso do cuidado a um familiar dependente. No início, ninguém pensa nas alterações a curto, médio ou longo prazo, que se irão produzir na vida de quem cuida. A partir do início do cuidado, vão-se sucedendo um sem número de sentimentos, dúvidas e diferentes situações que, se não forem enfrentadas, podem desestabilizar o sistema familiar e a vida do cuidador principal, provocando o seu desgaste físico e psíquico.

López e Crespo (2007) realçam que o papel do cuidado informal é essencial, dado que contribui para colmatar lacunas e carências das redes sociais e sanitárias e também porque constitui o eixo fundamental das políticas sociais de apoio aos idosos.

Mas, face a uma necessidade emergente de prestação de cuidados a um familiar, existirão certamente diferentes formas de reacção perante a nova situação/problema. Dadas as dificuldades, a pessoa responsável questionar-se-á seguramente, sobre se será capaz de enfrentar as diferentes situações/problemas com que se irá debater dia após dia. A ênfase deverá ser colocada na assunção da própria vida e na realização do potencial pessoal.

A este respeito, Myers (2008) enfatiza o poder do pensamento positivo, afirmando que esta temática não é nova, encontrando-se desenvolvida em inúmeros livros e vídeos de auto-ajuda que encorajavam as pessoas a pensarem de forma positiva para conseguirem obter êxito e que constituíram grandes êxitos de venda desde a década de 1950.

O mesmo autor referencia Bandura sustentando que a auto-eficácia não emana fundamentalmente da auto-persuasão, antes, da experiência do êxito: face a uma situação problemática, se os esforços iniciais tiverem êxito, então a auto-eficácia aumentará. Uma vez experienciado o êxito, as pessoas desenvolverão novas habilidades que as estimularão a desenvolver maiores esforços para conseguirem alcançar mais e mais.

Perante estas assunções, Myers (2008) acredita que se deve promover a auto-estima como reconhecimento para um bom rendimento, uma vez que à medida que o indivíduo se comporta melhor ou melhora o seu rendimento, a auto-estima aumenta, e o resultado final traduz-se tanto num reforço de boa conduta como de melhoria, e estes resultados gerarão a felicidade pessoal e da sociedade.

Face ao exposto, intui-se que o pensamento positivo tem poder efectivo, pelo que a verdade incorporada no conceito de auto-eficácia anima à não resignação perante situações más ou difíceis, a ser-se persistente, apesar de fracassos iniciais, e ao desenvolvimento de esforços sem permitir a intimidação de dúvidas pessoais.

Bandura (1997) afirma que as crenças de auto-eficácia determinam a utilização dos comportamentos de “coping”, a quantidade de esforço a ser dispendido e a duração desse mesmo esforço face aos obstáculos e adversidades a enfrentar, e afectam ainda a vulnerabilidade para o stress emocional e depressão.

Embora às vezes seja confundida com auto-estima global, locus de controlo, ou auto-confiança, a auto-eficácia constitui um esquema conceptual distinto que diz respeito a decisões específicas que se possam desempenhar de forma competente em determinadas situações. A auto-eficácia não constitui uma entidade global, mas varia entre os domínios de actividade, as exigências da tarefa e as características situacionais.

Apesar de o modelo de auto-eficácia ter vindo a ser amplamente utilizado em pesquisas acerca do stress crónico e do coping, só recentemente foi utilizado para ajudar a explicar as experiências de cuidadores familiares de pessoas com demência (Steffen, et al, 2002). Os mesmos autores referenciando Gignac e Gottlieb, (1996) e Zeiss, Gallagher-Thompson, Lovett, Rose e McKibbin, (1999), dizem que estes estudos sugerem que a teoria da auto-eficácia, contém promessas significativas para explicar a variabilidade nas capacidades dos membros das famílias para lidarem com as necessidades crónicas e com os desafios do cuidar. Referem, ainda, que pesquisas anteriores acerca do aumento de stress sugerem que um sentido de auto-domínio ou de auto-controle desempenha várias funções importantes em cuidadores de pessoas com demência, nomeadamente, na diminuição da depressão ao longo do tempo. Apesar de não terem sido encontradas evidências no papel mediador ou moderador do auto-domínio nos efeitos dos stressores na depressão em cuidadores informais, o aumento desse mesmo auto-domínio ao longo do tempo demonstrou possuir efeitos indirectos através da diminuição do sentimento de prisioneiro (o sentir-se aprisionado num papel que não foi desejado), e do aumento da competência percebida enquanto cuidador, os quais estavam relacionados com a depressão ( Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995 citados por Steffen, et al, 2002).

Conceptualizada como uma corrente intrapsíquica secundária, a competência percebida do cuidador mostrou-se relacionada com níveis de conflito familiar e com o papel de prisioneiro que, por sua vez, se associavam com comportamentos problemáticos da pessoa cuidada. Estes dados sugerem que as crenças de competência, bem como a capacidade individual para enfrentar acontecimentos, podem exercer vários e poderosos efeitos no cuidador. Afirmam no entanto, que as medidas usadas eram globais na sua natureza e bastante diferentes do conceito de auto-eficácia, pelo que não será possível uma análise mais cuidada do papel do contexto nas respostas a estes itens

gerais e limita a capacidade de prever as consequências no cuidador relacionadas com o acto de cuidar.

Bandura citado por Steffen et al (2002), refere que as crenças gerais de auto-eficácia, não geram ou determinam crenças específicas de eficácia, pelo que enfatiza a necessidade de medidas mais específicas que permitam a capacidade de compreensão destas relações complexas e que foquem selectivamente diferentes aspectos de intervenção.

Especificamente, sustentam que muitas dúvidas, no que concerne ao acto de cuidar, podem ser testadas recorrendo ao método da auto-eficácia. Por exemplo, poder-se-ia esperar que pessoas com elevado nível de auto-eficácia relativa à sua capacidade para enfrentar os desafios do cuidar, assumissem o papel de cuidador principal de um familiar dependente. Igualmente, seria esperado que continuassem com a função cuidativa à medida que a situação de saúde do familiar se deteriorasse e as tarefas inerentes ao acto se tornassem progressivamente mais difíceis, que conseguissem lidar com a situação com baixos níveis de stress emocional ou depressão e que requeressem relativamente poucos apoios para manterem a sua saúde física ou emocional.

De acrescentar ainda que as pessoas com baixos níveis de auto-eficácia, perante situações desafiadoras, lutam contra as suas próprias deficiências, contra as dificuldades da tarefa e contra as consequências negativas da falha. O focar da atenção em cognições negativas reduz a motivação para encetar uma actividade, afecta a manutenção da tarefa e conduz a estados afectivos negativos como a ansiedade, depressão ou raiva (Bandura, 1997).

Por outro lado, e como afirmam os autores que temos vindo a referenciar, é extremamente importante compreender de que forma as crenças de auto-eficácia para aspectos específicos do cuidar, influenciam o cuidador. Compreender o perfil de crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com a multiplicidade de exigências do acto de cuidar e, assim, orientar os profissionais para a implementação de intervenções psico-educativas com vista à promoção da auto-eficácia e bem – estar do cuidador.

Face ao exposto, e porque instrumentos de medida construídos anteriormente por estudiosos como Gignac e Gottlieb (1996) e Zeiss et al (1999) tinham evidenciado algumas fragilidades, Steffen et al (2002) sugeriram que futuros instrumentos de medida incluíssem uma margem mais ampla de itens que melhor reflectissem as dificuldades comportamentais, os desafios emocionais, bem como a auto-eficácia do cuidador para enfrentar o stress e pensamentos negativos acerca do seu cuidar. Eles próprios, desenvolveram dois estudos com vista à construção de um novo instrumento de medida da auto-eficácia do cuidador, numa tentativa de corrigir as limitações dos instrumentos existentes. Assim, e porque a caminhada para um cuidar saudável e efectivo inclui o controle sobre as próprias cognições, incluíram itens que revelassem a capacidade de lidar com pensamentos de stress. Esta extensão da auto-eficácia para a auto-regulação da própria consciência promove uma mais ampla avaliação da auto-eficácia do cuidar sendo, simultaneamente, um guia para a prevenção e intervenção nos cuidadores.

Com o instrumento que construíram, identificaram três domínios de auto-eficácia do cuidador passíveis de avaliação e ulterior intervenção:

- auto-eficácia para a obtenção de uma pausa;
- auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada;
- auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Face ao exposto, entende-se que a avaliação da auto-eficácia do cuidador informal de idosos dependentes assume particular importância atendendo a que, a sobrecarga que o cuidador irá experienciar pode ser influenciada por variáveis a ele inerentes, tal como a auto-eficácia e os estereótipos que o cuidador apresente acerca das pessoas idosas em geral, e da pessoa cuidada em particular.

### 3.3 – Os cuidadores e os Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas

Como é amplamente referido na bibliografia de âmbito gerontológico, a percepção que as pessoas em geral possuem acerca do grupo dos idosos é muito variável, havendo aqueles que apresentam uma imagem positiva, enquanto outros

persistem nas concepções negativas acerca deste grupo etário. Vélez (2009) refere que a velhice e o envelhecimento têm sido temas muito abordados ao longo da história, embora rodeados de vários mitos e estereótipos.

Bowd (2003), fazendo referência a Ashmore e Del Boca (1981), define estereótipo como sendo esquemas de percepção individuais baseados em princípios de categorizações particulares podendo assumir conotações positivas ou negativas que originam assunções e práticas sociais partilhadas. De acordo com Ormerod (2000), citado por Bowd (2003), os estereótipos assumem três características principais: são percepções rígidas, simplistas e erróneas. Assim, e porque os estereótipos fornecem uma estrutura cognitiva prévia relativamente a determinado grupo (por exemplo, os idosos) que capacitam a pessoa para a interacção que desenvolve com os outros, facilitam a predição de comportamentos estranhos baseados no conjunto de traços que compõem o estereótipo.

De facto, as crenças populares continuam carregadas de imagens acerca da pessoa idosa equiparando-a a deterioração e perdas da sua capacidade física, psicológica e social, podendo influenciar a forma como o idoso se sente e se percebe face à sociedade onde está inserido, adquirindo comportamentos e atitudes concordantes com os estereótipos mais prevalentes.

Hernandis (2005) afirma que uma sociedade onde prevalece o culto da juventude pode explicar o motivo da manutenção de atitudes negativas face às pessoas idosas, fomentando uma visão destas como sendo pessoas menos activas caracterizadas pelo seu isolamento face aos demais. Afirma ainda que “...A sociedade parece ter deixado os idosos de parte, fora do círculo de poder, fora do conjunto, sem possibilidades de opinar e/ou decidir (p10).

Sugere ainda que parece que a sociedade em geral entende os velhos como sendo “os outros”, sem considerar que, mais cedo ou mais tarde, a existência de cada pessoa a conduzirá inevitavelmente à etapa da velhice. Assim, quando os grupos mais jovens percebem a velhice com crenças negativas e pejorativas generalizadas, estarão seguramente a perspectivar a sua velhice como uma ameaça ao seu próprio bem-estar.

Os estereótipos acerca da pessoa idosa podem caminhar para uma situação de idadismo. Baltar (2004), referenciando Butler (1980; 1996), Palmore (1990; 1999) e Staller et al (2002), afirma que o termo idadismo se refere à manutenção dos estereótipos ou atitudes prejudiciais para uma pessoa, apenas pelo facto de ser idosa. Refere ainda que também se fala de idadismo positivo, que, embora menos comum, se torna também prejudicial para o idoso.

Palmore (1990) referenciado por Baltar (2004), assinala as características dos estereótipos que estão na base do idadismo. De acordo com o autor, essas características são:

- O estereótipo proporciona uma visão altamente exagerada de algumas características;
- Alguns estereótipos são inventados, sem nenhuma base real, e são valorizados como razoáveis, devido à sua relação com comportamentos que possuem algum fundo de verdade;
- Num estereótipo negativo, as características positivas, ou são omissas, ou não são suficientemente explicitadas;
- Os estereótipos não reflectem as tendências partilhadas pela maioria, ou por outras características positivas das pessoas;
- os estereótipos não proporcionam nenhuma informação acerca da causa da tendência que assinalam;
- Os estereótipos não facilitam a mudança;
- Os estereótipos não facilitam a observação da variabilidade individual, aspecto particularmente relevante no que concerne às pessoas idosas, atendendo às múltiplas diferenças entre elas e entre elas e as restantes pessoas.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a discriminação das pessoas idosas adquire tanto um componente cognitivo-comportamental como outro emocional. Assim, as tendências idadistas fazem uma descrição da pessoa idosa com base em aspectos negativos, podendo potenciar práticas profissionais discriminatórias.

Hernandis (2005) afirma que é curioso analisar como as imagens que se têm interiorizadas acerca da velhice não são coincidentes com o que se passa na realidade. A

questão é que, por vezes, os próprios idosos apresentam as mesmas contradições. Isto é: acabam por interiorizar essas ideias erradas acerca da velhice, comportando-se de acordo com a forma como a sociedade os define, "... doença, deterioração mental, rigidez de pensamento, ausência de compromisso e participação, dependência, problemas sociais e económicos e ausência de capacidades" (Hernandis, 2005: 11).

Vélez (2009) que procedeu uma retrospectiva histórica e cultural acerca da transformação que a percepção acerca das pessoas idosas tem sofrido ao longo dos tempos, propõe-se eliminar os preconceitos e estereótipos fortemente enraizados na sociedade, fazendo com que se aprenda a valorizar as pessoas idosas e a olhá-las de forma tolerante. Refere que a velhice tem sido avaliada tanto de forma positiva como negativa. A primeira refere-se ao idoso enquanto pessoa com sabedoria, pleno de experiências, com elevado estatuto social, merecedor de respeito e com clara influência sobre os demais. Contrariamente, a segunda forma encara a velhice como um estágio deficitário tanto no aspecto físico como mental, economicamente dependente, socialmente isolada e com uma diminuição do seu estatuto social. O autor afirma que estas visões dificultam o envelhecimento com êxito e limitam a integração do idoso na sociedade.

Lehr (1983), referenciado por Vélez (2009), nas investigações que desenvolveu para avaliar a imagem social que os diferentes grupos possuem acerca das pessoas idosas e também que imagem é que os idosos possuem acerca de si mesmos, concluiu o seguinte:

- As atitudes face às pessoas idosas são tão mais positivas quanto mais primitiva é a sociedade investigada, comparativamente às sociedades industrializadas.
- O prestígio das pessoas idosas é directamente proporcional ao número de pessoas que pertencem a essa categoria de cidadãos.
- Os jovens parecem possuir uma imagem mais negativa das pessoas idosas que o resto da população.

O mesmo autor enfatiza que as concepções tradicionais acerca da velhice, vigentes na cultura ocidental, necessitam de suporte e justificação adequada. Refere que o peso histórico dos principais estereótipos e crenças erróneas acerca da velhice continuam muito enraizados na cultura popular, e existem tanto nas pessoas com 70

anos como nas de 20, podendo manifestarem-se inclusive nos primeiros 10 anos de vida. Acrescenta ainda que, apesar da existência de estereótipos positivos e negativos, os mais vigentes são os negativos que incidem em quatro perspectivas essenciais:

- **Estereótipo cronológico** – que equipara o envelhecimento ao número de anos vividos. Produz uma discriminação pela idade que pode impedir os idosos de alcançarem a felicidade e produtividade total;
- **Estereótipo biológico ou de saúde** – que incide na concepção do envelhecimento como involução e senilidade. Esta concepção conduz à visão da velhice enquanto etapa com muitos problemas físicos, muitas doenças e alterações psicofisiológicas, e como tal, uma etapa com necessidade de cuidados de saúde permanentes em hospitais ou lares de idosos, e sempre com a perspectiva da proximidade da morte.
- **Estereótipo psicológico** – que tem acentuado a deterioração dos recursos psicológicos, de atenção, da memória, da cognição, atitudinais, sensoriais, de carácter, da personalidade, etc., potenciando a velhice como uma etapa de pouca criatividade, isolamento, intimista, de ansiedade e depressões, de comportamentos rígidos e inflexíveis, de alterações de humor injustificadas e geralmente marcados por vivências pessoais penosas.
- **Estereótipo sociológico (ou social negativista da velhice)** - tem incidido em conotações de inutilidade, isolamento, improdutividade e desvinculação do idoso no que diz respeito aos interesses sociais e relacionais comunitários.

No entanto, apesar de estas visões continuarem muito vincadas na sociedade actual, a verdade é que a realidade evidencia dados bem diferentes. De facto, não são poucas as pessoas idosas que permanecem saudáveis e com muita energia física, completamente independentes e autónomas. Hernandis (2005) lembra que as pessoas que conseguiram alcançar a etapa da velhice são precisamente as que não padeceram de grandes doenças. Aponta o exemplo das pessoas que conseguiram ultrapassar as agruras da guerra civil espanhola e a época do pós-guerra, o exílio e as doenças, como o caso da gripe de 1918 (gripe espanhola). Faz, ainda, referência a Fernández-Ballesteros (1992) e a estudos levados a cabo pela OMS que indicam que a maioria das pessoas, desde a reforma até aproximadamente os 70 anos, não apresenta diferenças significativas em

nenhum indicador de saúde, quando comparadas com as pessoas em situação de pré-reforma (50 – 64 anos). Os défices nas capacidades funcionais e as situações que conduzem a uma diminuição ou perda de autonomia começam a ser mais incidentes depois dos 80 anos de idade.

Também Porras (sd) do CONAPAN (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor da Costa Rica que procura garantir e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas mediante a formulação e execução de políticas públicas integrais que originem a criação de condições e oportunidades para que os idosos vivam uma vida com plenitude e dignidade) procedeu à publicação de um caderno temático onde aborda a questão dos estereótipos face às pessoas idosas. Afirma que

Devemos conhecer quais são os mitos mais frequentes que tem a nossa sociedade e estabelecer uma análise para reconceptualizar o que dizemos, decidimos e o que fazemos, pois ao fim e ao cabo, como estes se transmitem socialmente, é provável que não escapemos de conceptualizar equivocadamente o processo de envelhecimento e a etapa da velhice (Porras, sd: 2)

No que diz respeito ao estereótipo de deterioração intelectual, incapacidade de aprendizagem ou dificuldade de captar informação, afirma que qualquer ser humano pode ver-se afectado na sua capacidade de aprendizagem, que as pessoas idosas possuem tanta capacidade para aprender como qualquer outra pessoa, e que as doenças mentais não são produto exclusivo da velhice.

De igual forma, não é pouco frequente nem excepcional encontrarem-se pessoas idosas criativas, activas e com boa adaptação pessoal e social (Vélez, 2009). O autor afirma ainda que a correcção do falso estereótipo sociológico que equipara a velhice à pobreza, abandono, asilo e solidão, é uma exigência que a ciência e a sociedade devem procurar. Fazendo referência a Fernández-Ballesteros (1986), refere que se deve procurar uma velhice competente que permita ao idoso a recuperação da actividade e integração social na comunidade familiar, social e profissional.

Atento a esta problemática, Magalhães (2010) desenvolveu em 2008 uma escala de avaliação de estereótipos negativos. Efectuou uma investigação em estudantes do

ensino superior no distrito de Bragança, e como resultado final, obteve uma escala de estereótipos negativos constituída por 22 itens que foram agrupados em cinco dimensões:

- Estereotipia do declínio cognitivo-motivacional e social;
- Estereotipia da dependência afectiva e atencional;
- Estereotipia da imagem física;
- Estereotipia de declínio cognitivo-funcional.
- Estereotipia de declínio da sexualidade e perda da plasticidade.

Concluiu ainda que uma elevada percentagem dos estudantes concorda com a totalidade dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa, afirmando que estes resultados vão ao encontro dos objectivos preconizados pelo Plano de Acção Internacional apresentado em 2002 na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, e estão em consonância com o estudo de Rodriguez e Postigo (2004) e com Royo et al (2006), que salientam a tendência actual para uma imagem mais positiva acerca da velhice.

Apesar dos resultados obtidos, concluiu que alguns dos estereótipos estudados persistem, e que estes se incluem na estereotipia de dependência e na estereotipia da decadência da imagem física.

A persistência de estereótipos acerca das pessoas idosas, como já foi referido anteriormente, pode influenciar a tipologia de cuidados prestados, aumentando a quantidade de tarefas a executar, com conseqüente diminuição do tempo reservado à manutenção da integridade física e mental do cuidador o que, por sua vez pode aumentar a sua vulnerabilidade para sentimentos como raiva, angústia, isolamento social e solidão.

Esta situação assume particular relevo quando o cuidador é também uma pessoa idosa já que, como constataram Ekwall, Sivberg, e Hallberg (2005) num estudo que desenvolveram na Suécia em 4278 pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos, dos quais 783 eram cuidadores informais, a solidão constitui a variável preditiva mais importante de baixa qualidade de vida na amostra em geral e também entre os

cuidadores pelo que a colaboração na manutenção das suas redes sociais e de suporte se reverte de importância capital.

### 3.4 – Solidão: Realidade do Cuidador Informal de Idosos Dependentes

Torna-se difícil delimitar uma definição precisa de solidão pelas diferentes vertentes que este sentimento assume, e que muitas vezes pode ser confundido com abandono ou com isolamento.

Perlman e Peplau (1998) referem que se pode pensar a solidão como uma condição moderna que nasceu com a urbanização e subsequente tecnologia e posteriormente intensificada pelas tendências pós modernas. No entanto, afirmam que o desejo por companhia e cooperação e o medo pela rejeição social e hostilidade tem acompanhado a evolução da humanidade. Apresentam o seu conceito entendendo a solidão como uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é significativamente deficiente tanto em quantidade como em qualidade.

Ernst e Cacioppo (1999) definem a solidão como um sentimento complexo e poderoso que engloba a ausência de relações íntimas e sociais.

Segundo Neto (2000) a solidão constitui um lado perturbante da atracção. Afirma ainda que se trata de uma experiência dolorosa que se tem quando as relações sociais não são adequadas. Refere que muitos autores têm efectuado tentativas de definir o conceito, embora não exista ainda uma definição que seja universalmente aceite pelos especialistas. Na definição de solidão que apresenta, refere que se trata de uma experiência comum e que consiste num sentimento doloroso que se tem quando o tipo de relações sociais que desejamos e as que temos são diferentes.

Entende-se assim que a solidão constitui o resultado de características individuais e de factores situacionais pelo que, a forma como cada pessoa encara as diferentes situações da vida influenciará seguramente o desabrochar, em maior ou

menor grau, deste sentimento. A este respeito Ussel, Doblas, Conde, Bracho, Requena e Boyer (2001) entendem que o trabalho e a família constituem os dois eixos estruturantes da existência humana pelo que, qualquer alteração nos mesmos poderá induzir o aparecimento de diversos problemas como o sentimento de solidão.

Apesar dos diferentes conceitos que cada estudioso possa apresentar, todos são coincidentes em afirmar que se trata de um sentimento penoso e que pode assumir várias vertentes, entre as quais se contam a solidão social e a solidão emocional. A primeira refere-se à situação objectiva de estar só ou à diminuição de relacionamento social, enquanto a segunda constitui o tipo de solidão que acontece quando uma pessoa sente falta de alguém que lhe seja íntimo (Perlman & Peplau, 1998).

Os cuidadores informais de idosos dependentes, podem desenvolver qualquer um dos tipos de solidão já que, em consequência da função que desenvolvem, acabam por padecer de diferentes perturbações, sejam elas físicas, psicológicas, ou ambas. Entre elas figura a solidão, que está amplamente referida na literatura acerca da temática do cuidar, como em Sánchez (2004), Baltar et al (2006), Tate (2006), Hirdes (2011) entre muitos outros.

Também Crespo e López (2004) fazem referência às repercussões associadas ao cuidar afirmando que esses problemas não são apenas frequentes, mas são também muito variados. Para além das dificuldades inerentes às tarefas que executa, o cuidador enfrentará também problemas de ordem familiar, laborais, económicos, assim como de isolamento social e diminuição do tempo de ócio pelo que, em virtude do tempo dedicado ao familiar o cuidador diminui as suas actividades de ócio e de lazer, distancia-se das suas relações familiares e sociais, conduzindo à redução contínua da sua vida social. Este facto conduzirá inevitavelmente ao sentimento de prisioneiro, isolamento e solidão.

A mesma opinião é apresentada por Álvarez e Vigil (2006) ao afirmarem que muitas vezes o cuidador, nomeadamente aquele que cuida de pessoas com demências sente-se desprotegido face às intensas necessidades do cuidar, e é frequentemente acometido de sentimentos de solidão.

Também Rosa, Lussignoli, Sabbatini, Chiappa, Di Cesare, S., Lamanna. e Zanetti, (2010) num estudo que desenvolveram junto de 112 cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer com o objectivo de identificarem as necessidades familiares em questões relacionadas com a saúde física e mental, necessidades educacionais e de suporte social, concluíram que as medidas referidas sob o ponto de vista emocional estavam relacionadas com insuficientes competências para lidarem com o stress resultante do cuidar, e com as reacções emocionais como a ansiedade, sentimentos de culpa, depressão, raiva, vergonha e solidão, que entendiam estarem relacionadas com as alterações inevitáveis ao seu estilo de vida anterior, com as dificuldades na gestão da doença, e ainda com a inversão de papéis em que o idoso se torna dependente dos cuidados prestados pelos filhos.

Ora este sentimento de solidão se não for devidamente combatido, pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de outras situações patológicas como a depressão, também referida como frequente nos cuidadores informais de idosos dependentes. Beeson (2003) afirma que para se especificarem e implementarem intervenções no sentido de se identificarem as necessidades mentais de cônjuges cuidadores de parceiros com doença de Alzheimer ou outras demências, os profissionais de saúde devem, em primeiro lugar, conhecer e compreender as inúmeras tarefas do cuidar incluídas na relação diática pessoa cuidada-cuidador, e as dificuldades que vão surgindo nesta relação ao longo dos anos de cuidado. Afirma que as evidências científicas têm colocado em relevo que, particularmente a depressão é maior nos cuidadores que são cônjuges de doentes de Alzheimer. Afirma ainda que a etiologia da depressão nestes cuidadores, ainda não está devidamente clarificada, e que a solidão como factor no desenvolvimento da depressão não tem sido devidamente explorada, apesar em alguns estudos se terem obtido correlações moderadas ou altas entre estas duas entidades nosológicas. Desenvolveram então um estudo em que pretendiam comparar se os níveis de solidão e depressão eram mais elevados nos cônjuges cuidadores em comparação com os não cuidadores, bem como verificar se a privação relacional, diminuição do autoconceito e solidão constituíam variáveis preditivas da depressão nestes cuidadores. Os resultados que obtiveram comprovaram que os cônjuges cuidadores evidenciavam níveis mais elevados de solidão, e que esta solidão se correlacionava de forma altamente significativa com a privação relacional, com a

diminuição do autoconceito e com a depressão. Concluíram ainda que 49% da variância na depressão era explicada pela solidão, constituindo-se como a única variável preditiva da variação da depressão.

Face a tudo o que tem vindo a ser referido, entende-se que esta variável, deve estar incluída em projectos de pesquisa no âmbito dos cuidadores informais de idosos dependentes. A investigação aumenta o conhecimento dos factos e, por sua vez um melhor e maior conhecimento conduz necessariamente a intervenções mais pertinentes e eficazes, que podem constituir-se como factores preventivos da sobrecarga.

### 3.5 - A sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes

São vários os estudos que apontam para problemas de índole diversa sentidos pelos cuidadores informais, principalmente quando o cuidado se prolonga no tempo.

Ribas, Castel, Escalada, Ugas, Grau, Magarolas, Puig, Carulla, e Pi (2000) afirmam que o cuidador principal enfrenta diariamente desafios imprevisíveis e sofre perdas de controlo pessoal que se vão reflectir na sua saúde física e emocional. Referem, ainda, que o síndrome do cuidador não se manifesta apenas na saúde, já que também estão implicados aspectos sociais e económicos. Trata-se então de um quadro plurissintomático que afecta e se repercute em todas as esferas da vida pessoal.

Martínez, Nadal, Beperet, Mendióroz y grupo Psicost (2000) reforçam a ideia anterior, referindo que a carga familiar se repercute em distintas áreas da vida do cuidador: tarefas da casa, relações entre o casal, familiares e sociais, desenvolvimento pessoal e de tempo livre, economia familiar, saúde mental e mal-estar subjectivo do cuidador. Os mesmos autores referem que estas áreas podem ser agrupadas em dois grandes grupos: carga objectiva e carga subjectiva.

A carga objectiva diz respeito a qualquer alteração visível e observável na vida do cuidador, enquanto que a carga subjectiva é relativa à sensação de suportar uma obrigação pesada e opressiva com origem nas tarefas de cuidador.

Os mesmos autores dizem ainda que a gravidade da carga está relacionada com as características da pessoa cuidada – intensidade dos sintomas, grau de incapacidade associado à patologia, idade, sexo, duração do cuidado - e com os vínculos afectivos entre cuidador e pessoa cuidada. Dizem ainda que a mesma se relaciona também com as características pessoais do cuidador, com a dinâmica e características familiares, ou com a disponibilidade de redes de apoio social, as leis sócio-sanitárias e com a disponibilidade dos serviços de saúde.

Opinião semelhante é apresentada por Hung, Sànchez, e Bello (2003) ao afirmarem que, em resultado da sua função, o cuidador pode apresentar um conjunto de problemas físicos, mentais e sócio-económicos, a que geralmente se dá o nome de carga e que pode ser objectiva ou subjectiva. No estudo que desenvolveram em cuidadores de pessoas com demência, os autores indicam que a sobrecarga objectiva se refere à disrupção da vida social do cuidador, à quantidade de tempo e dinheiro investido no cuidado ao familiar, assim como aos problemas de conduta que este apresente, enquanto a sobrecarga subjectiva diz respeito à percepção que o cuidador apresenta da repercussão emocional e das necessidades e problemas relacionados com o acto de cuidar. De acordo com Sousa et al (2004: 78), entende-se por sobrecarga (*burden* em inglês) como sendo:

... o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional.

À semelhança dos autores anteriores, também afirmam que este conceito pode ser perspectivado nas dimensões objectiva e subjectiva, em que a primeira resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador, enquanto a segunda deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa do cuidar.

Tomando por base o estudo desenvolvido por Cerrato, Tróconis, López e Colodrón (2002), em cuja revisão teórica que efectuem, se pode encontrar uma pequena revisão da evolução histórica do conceito de carga, verifica-se que ele remonta aos

inícios dos anos 60, num trabalho desenvolvido por Brad e Sainsbury em 1963, através do qual os investigadores pretendiam conhecer os efeitos sobre as famílias decorrentes do cuidado a familiares com patologia psiquiátrica. Trabalhos posteriores incidiam na necessidade de avaliar os efeitos numa perspectiva mais ampla, dadas as dificuldades conceptuais em torno do conceito de carga. Assinalam os trabalhos desenvolvidos por Hoening e Hamilton em 1965 e 1967 que contribuíram amplamente para a distinção entre carga objectiva e subjectiva.

De acordo Stull (1996) referenciado pelos mesmos autores, os estudos desenvolvidos acerca da carga de cuidadores de doentes do foro psiquiátrico continuaram a ser desenvolvidos durante a década de 70, tendo sido criados diversos instrumentos de medida onde eram incluídos aspectos tão diversos como condutas específicas potencialmente perturbadoras para a família, aspectos de carga objectiva e subjectiva, bem como avaliações globais de carga efectuadas pelos investigadores.

Acrescentam que, apesar de os estudos em cuidadores de doentes psiquiátricos continuarem a ser desenvolvidos, a investigação acerca da carga do cuidador informal de idosos só começou a ser desenvolvida no âmbito da gerontologia a partir dos anos 80.

Zarit e Zarit (1983), Zarit, Orr e Zarit (1985), Zarit, Todd e Zarit (1986), Zarit (1997), no desenvolvimento de diversos estudos, concluíram que a institucionalização de pacientes que suportavam quadros demenciais estava fortemente relacionada com factores subjectivos do cuidador, particularmente com sobrecarga, concluindo assim que a intensidade da carga constitui melhor predictor de institucionalização do que o estado mental ou conductual da pessoa cuidada, pelo que, consideraram a carga do cuidador como sendo a chave para a manutenção na comunidade, das pessoas com demência. O instrumento de medida desenvolvido por Steve Zarit – Entrevista de Carga do Cuidador - constitui provavelmente o instrumento mais utilizado para avaliar tal sobrecarga. Esta entrevista dá resposta a uma visão subjectiva de carga e os resultados dos diferentes estudos em que foi utilizada demonstram a utilidade desta abordagem, uma vez que são coincidentes em demonstrar que a carga subjectiva constitui um bom indicador do efeito dos cuidados.

Este instrumento de avaliação da sobrecarga do cuidador tem sido amplamente utilizado pelos investigadores que se dedicam ao estudo da temática. De acordo com Sequeira (2007) ele possibilita a avaliação da sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e contém informações acerca da vida social e pessoal, situação financeira e emocional assim como do tipo de relacionamento.

A temática da sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes assume, nos dias de hoje, particular relevo. A juntar ao imenso número de actividades a desenvolver, acresce a complexidade dos actos a executar. Como afirmam Garcia-Calvente, Mateo-Rodríguez e Eguiguren (2004), com o aumento da população idosa, não aumenta apenas o número de pessoas com necessidade de cuidados, mas aumenta também a complexidade na sua prestação, defendendo que há décadas atrás, a actividade de lavar cateteres, inserir agulhas ou ajustar máscaras de oxigénio, não fazia parte das tarefas do acto de cuidar uma pessoa dependente no domicílio. No entanto, cada vez mais, pessoas dependentes e que padecem de doenças graves são cuidadas por um familiar com recurso a alta tecnologia, factor que aumenta a complexidade do cuidado podendo, simultaneamente, contribuir para o aumento da sobrecarga do cuidador pelo que, uma boa rede de suporte social efectivo, constitui uma mais-valia para a prestação de cuidados com qualidade, prevenindo e/ou reduzindo simultaneamente os efeitos negativos do cuidar.

**II PARTE – ENQUADRAMENTO  
METODOLÓGICO**

## 6 – Metodologia

### 6.1 - Contextualização do Problema e Objectivos do Estudo

O distrito de Bragança, pertence à província de Trás-os-Montes e Alto Douro, e situa-se na região Nordeste do país. A norte e a leste é limitado pela Espanha, a sul pelos distritos da Guarda e Viseu, e a oeste pelo distrito de Vila Real. Possui uma área de 6608 km<sup>2</sup>, constituindo-se como o quinto maior distrito de Portugal. Subdivide-se em 12 concelhos (Alfândega da Fé, Bragança, Carraceda de Ansiães, Freixo de Espada-à-Cinta, Macedo de Cavaleiros, Mirando do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais).

O distrito de Bragança é composto por duas grandes regiões com características distintas: a norte a Terra Fria Transmontana, de maior altitude e clima mais frio; a sul a Terra Quente Transmontana, de clima mais suave, menor altitude onde se evidenciam os vales do rio douro e dos seus afluentes.

Em termos populacionais, a região na qual se inclui o distrito de Bragança, é caracterizada por perda da população na última década (INE, 2011), um contínuo e acentuado envelhecimento da população, confirmado pelo INE (2009), que afirma que a região do Alto Trás - os – Montes é uma das regiões do NUTS III onde se verifica um índice de envelhecimento mais elevado, referindo ainda que no distrito de Bragança as estimativas da população residente em 31 de Dezembro de 2008 evidenciavam um elevado índice de envelhecimento (229 idosos por cada 100 jovens).

Em face do contexto acima descrito e, atendendo a que:

- O número de pessoas em situação de dependência e incapacidade é maior no grupo das pessoas idosas;

- É privilegiada a manutenção do idoso no seu contexto familiar, cultural e social;

- Por cada idoso em situação de dependência e/ou incapacidade mantido no seu ambiente familiar, existe pelo menos um cuidador informal e finalmente, porque a situação dos cuidadores informais residentes na região em epígrafe, não está devidamente estudada nem documentada, procedeu-se ao presente estudo de investigação, para o qual foram definidos os seguintes objectivos;

1 - Analisar a sobrecarga percebida por cuidadores informais de idosos dependentes segundo as diferentes variáveis sociodemográficas e de cuidado;

2 - Analisar, descrever a solidão dos cuidadores informais de idosos dependentes, e verificar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado;

3 - Identificar quais os estereótipos acerca do idoso mais prevalentes nos cuidadores informais de idosos dependentes, e analisar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado;

4 - Determinar o nível de auto-eficácia nos cuidadores informais de idosos dependentes e analisar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado;

5 - Avaliar qual o melhor conjunto de variáveis preditivas (solidão, estereótipos, auto-eficácia), da variação do valor global de sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes

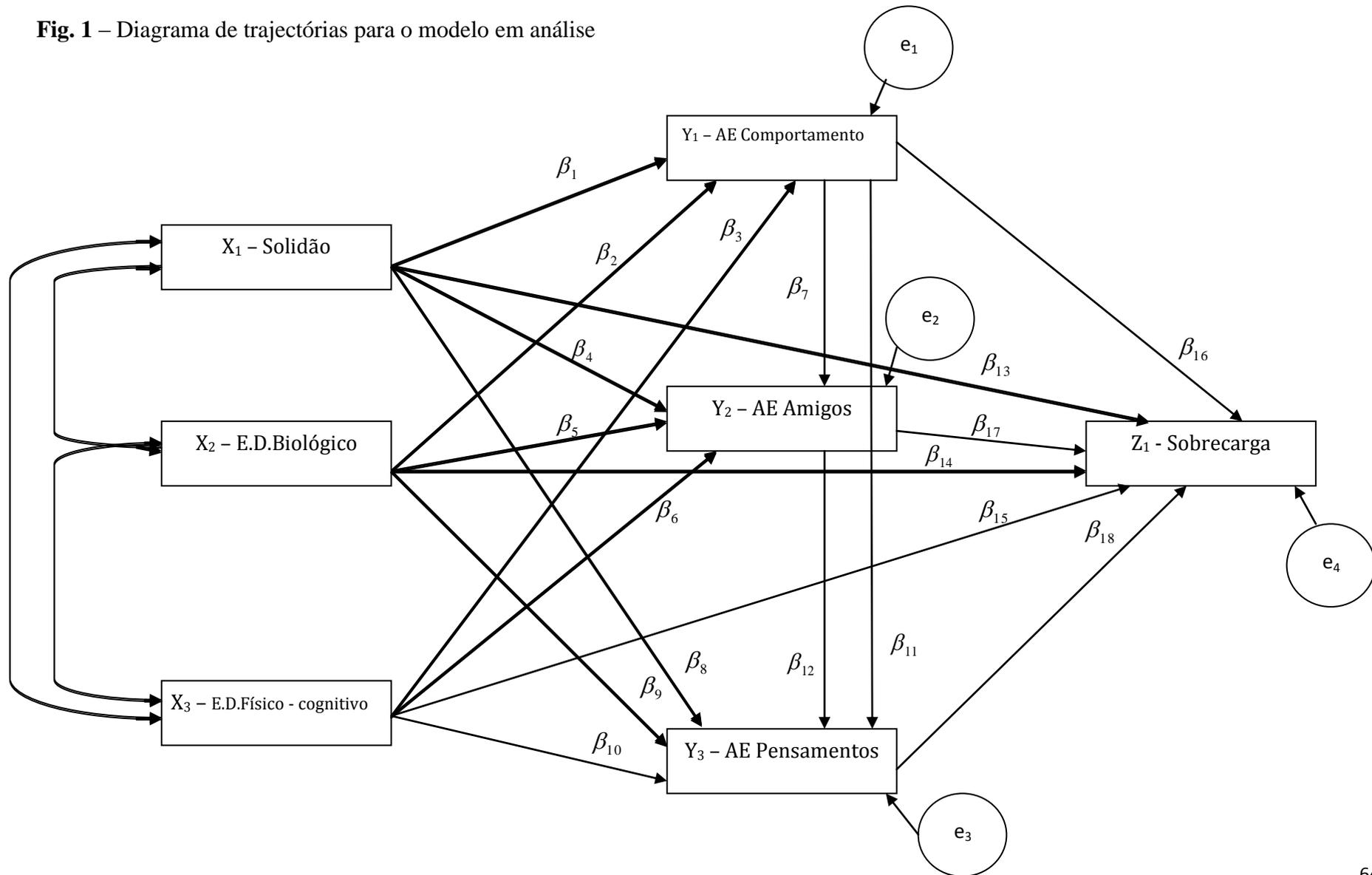
6 - Analisar em que medida a auto-eficácia actua como mediadora da sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes.

Para a concretização do último objectivo foram tidos em consideração os seguintes pressupostos (fig. 1):

- a) A solidão apresenta uma relação linear directa positiva com a sobrecarga e integra o conjunto de variáveis que melhor predizem a variação da mesma;

- b) O somatório global da escala de estereótipos apresenta também uma relação linear directa positiva com a sobrecarga, e duas das suas dimensões (estereotipia de declínio físico-cognitivo e de declínio biológico constituem duas variáveis preditivas da modificação seu valor);
- c) A auto-eficácia (auto-eficácia para obter ajuda junto dos amigos, auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar e auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada) actua como mediadora entre as percepções do cuidador (sentimento de solidão e estereótipos) e o nível global de sobrecarga.

**Fig. 1** – Diagrama de trajetórias para o modelo em análise



## 6.2 - Participantes

### 6.2.1 - *Seleccção da Amostra*

A amostra de cuidadores que participaram no estudo foi obtida através do tipo de amostragem não probabilística, denominada de amostras de informantes estratégicos e, dentro deste tipo, as amostras escolhidas por especialistas. Segundo Ribeiro (2007: 43), as “amostras escolhidas por especialistas – é um tipo de amostragem em que se pede a um especialista que escolha indivíduos típicos representativos das características em estudo”. Na presente investigação, os casos foram identificados através dos profissionais dos centros de saúde que realizavam visitação domiciliária aos utentes que careciam de cuidados sócio–sanitários, e por directores técnicos de instituições de idosos com serviço de apoio domiciliário.

Por dois motivos principais, a representatividade da amostra constituiu preocupação constante na elabora o da presente investiga o. Em primeiro lugar, porque se desconhece, em absoluto, qual o número exacto de idosos dependentes, a residirem no seu domicílio, no distrito de Bragança e, por conseguinte, o número de cuidadores informais. Apesar de se ter tentado obter junto da segurança social, pelo menos valores aproximados, tal não foi possível pois foi manifestado que não possuíam tais estatísticas. Em segundo lugar, porque   grande a dificuldade de contacto com os cuidadores, devido à dimensão da área abrangida, e às inerentes distâncias a percorrer.

Polgar e Thomas (1988), referenciados por Ribeiro (2007), afirmavam que não existe um número exacto de participantes que possa ser considerado o número óptimo. O mesmo Ribeiro defende que esta é uma questão importante, mas nem sempre compreendida, afirmando que “O número óptimo de participantes depende das características e do contexto onde a amostra   recolhida” (p.45), referindo que em psicologia as amostras são habitualmente não probabilísticas e, como tal, o número de elementos a incluir será ditado pelo número de variáveis a tratar. Tinsley e Tinsley (1987), referenciados pelo mesmo autor, sugerem uma regra a ser seguida e indicam que se devem considerar 5 ou 10 indivíduos como o número mínimo requerido por cada variável.

Assim, e atendendo a que as escalas utilizadas no presente estudo compreendem um número máximo de 22 itens, foi definido que o mesmo deveria compreender pelo menos, 220 elementos. Desta feita, e após a colheita de informação, conseguiu-se entrevistar uma amostra de 232 cuidadores informais de idosos dependentes que reuniam os seguintes critérios de inclusão:

- ser cuidador de uma pessoa com 65 e mais anos portador de dependência física e/ou mental:

- não auferir qualquer remuneração pela função que executam

Atendendo a que o erro de amostragem depende do número de participantes, e que “o erro amostral é inversamente proporcional à raiz quadrada do tamanho da amostra” (Ribeiro, 2007: 45), no presente estudo é assumido um erro amostral de 0,065.

### 6.2.2 – *Amostra: Os Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*

Os 232 cuidadores estudados apresentam uma média de idades de 57,96 anos (min: 23; máx: 89 anos), um desvio padrão de 14,37 anos e uma mediana de 57 anos de idade. A maior representatividade recai sobre as pessoas com 76 anos, valor que corresponde à moda. O coeficiente de variação calculado é de 24,79%, o que corresponde a uma moderada dispersão dos valores da idade em torno da média. Na tabela 2, é possível verificar ainda que, além dos idosos cuidadores, o grupo etário a seguir mais representado é o dos 50 – 59 anos, seguido do das pessoas com idades compreendidas entre os 40 – 49 anos.

Os resultados evidenciam o predomínio do género feminino (apesar da prevalência de 11,6% de indivíduos do género masculino), a prevalência acentuada de pessoas casadas (79,3%), com habilitações literárias ao nível do ensino básico (48,2%), realçando-se no entanto, um percentual de 11,2% de cuidadores que não sabe ler nem escrever, e outro de 16,4% constituído por pessoas que não concluíram o 1º ciclo do ensino básico. Verificou-se ainda que, enquanto no género feminino existe maior proporção de cuidadoras com idades inferiores a 65 anos, a situação inverte-se para o género masculino, onde é maior a proporção de cuidadores no grupo etário com mais de 65 anos.

Os cuidadores são maioritariamente filhas da pessoa cuidada com uma prevalência de 46,6%, seguindo-se as esposas com 24,6%, os maridos com 7,8%, e as noras com 5,6%. De realçar a existência de 4,3% de cuidadores que não possuem laços familiares com a pessoa cuidada: são amigos ou vizinhos que, por questões de solidariedade decidiram prestar ajuda. No que concerne à constituição dos agregados familiares, os mais prevalentes são os compostos por dois e três elementos (38,4% e 22,4%, respectivamente).

**Tabela 2** – Distribuição dos cuidadores segundo as características sociodemográficas

	n	%
<b>Género (n=232)</b>		
Feminino	205	88,4
Masculino	27	11,6
<b>Idade – anos (n=232)</b>		
[20-29[	2	0,9
[30-39[	26	11,2
[40-49[	42	18,1
[50-59[	64	27,6
[60-69[	32	13,8
[>= 70[	66	28,4
<b>Estado Civil (n=232)</b>		
Solteiro	32	13,8
Casado/União de facto	184	79,3
Divorciado/Separado	14	6,0
Viúvo	2	0,9
<b>Habilitações académicas (n=232)</b>		
Não sabe ler nem escrever	26	11,2
Sabe ler e escrever	38	16,4
1º Ciclo	66	28,4
2º Ciclo	24	10,3
3º Ciclo	22	9,5
Ensino Secundário	21	9,1
Ensino Superior	35	15,1
<b>Parentesco (n=232)</b>		
Filha	108	46,6
Marido	18	7,8
Esposa	57	24,6
Filho	9	3,9
Nora	13	5,6
Sobrinha	3	1,3
Neta	6	2,6
Irmã/irmão	7	3,0
Amigo(a)/vizinho(a)	10	4,3
Afilhada	1	0,4

A tabela 3 evidencia que apenas 92 (39,7%) cuidadores referiram trabalhar fora de casa. Apesar disso, e como referido anteriormente, a zona de residência é predominantemente agrícola pelo que, com muita probabilidade, grande parte daqueles que afirmaram não trabalhar fora de casa, terão seguramente alguma ocupação em trabalhos agrícolas.

**Tabela 3 – Situação profissional dos cuidadores**

	n	%
<b>Trabalha fora de casa (n=232)</b>		
Sim	92	39,7
Não	140	60,3
<b>Se sim, esse trabalho é? (n=92)</b>		
Fixo	75	81,5
Temporário	17	18,5
<b>Se sim, pensou em abandonar? (n=92)</b>		
Nunca	31	33,7
Raras vezes	21	9,1
Bastantes vezes	29	12,5
Muitas vezes	11	4,7
<b>Grau de dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado (n=92)</b>		
Nada difícil	3	1,3
Pouco difícil	19	20,7
Bastante difícil	53	57,6
Muito difícil	17	7,3

Ao analisar a situação profissional segundo o sexo, verificou-se que de um total de 205 mulheres cuidadoras, apenas 81 trabalham fora de casa, enquanto, de um total de 27 cuidadores masculinos, 11 mantêm uma actividade profissional.

Os resultados evidenciam ainda as dificuldades encontradas pelos cuidadores em conciliarem a função de cuidar com a actividade profissional que exercem, dado que 12,5% dos cuidadores já pensaram bastantes vezes em abandonar o emprego e 4,7% pensaram-no muitas vezes. Constatou-se também que mais de metade dos cuidadores que trabalham fora (57,6%), afirmaram ser bastante difícil conciliar as duas ocupações, e 7,3% referem mesmo ser muito difícil.

Questionados acerca de possível ajuda obtida no cuidado prestado (tabela 4), mais de metade dos cuidadores responderam afirmativamente (64,7%). Essa ajuda é obtida maioritariamente de serviços de apoio domiciliário (24,0%), dos filhos do próprio cuidador (21,3%) e de outros familiares (14,0%). No global a ajuda prestada por familiares aproxima-se dos 50%, verificando-se também que 54% daqueles que gostariam de receber algum tipo de auxílio, elegem os familiares como primeira escolha.

**Tabela 4 – Distribuição de cuidadores segundo a ajuda recebida**

	n	%
<b>Costuma obter ajuda no cuidado? (n=232)</b>		
Sim	150	64,7
Não	82	35,3
<b>Se sim, de quem? (n=150)</b>		
Irmãos	10	6,7
Centro de Saúde	7	4,7
Apoio domiciliário	36	24,0
Amigos	9	6,0
Filhos	32	21,3
Empregada	8	5,3
Centro de dia	3	2,0
Marido	8	5,3
Esposa	4	2,7
Mãe	6	4,0
Familiares	21	14,0
Empresa de prestação de serviços	6	4,0
<b>Se não, gostaria de obtê-la? (n=82)</b>		
Sim	50	61,0
Não	32	39,0
<b>Se sim, de quem? (n= 50)</b>		
Não respondeu	6	12,0
Técnico de saúde	1	2,0
Filhos	7	14,0
Irmãos	7	14,0
Instituição de apoio a idosos	13	26,0
Familiares	13	26,0
Amigos	2	4,0
Empregada	1	2,0

O tempo de cuidado varia entre 3 meses a 30 anos (tabela 5). A média é de 4,72 anos, a mediana corresponde a 3 anos e a moda corresponde a dois anos de cuidado. De realçar que 3 pessoas não responderam à questão por não conseguirem precisar o tempo de cuidado. Uma vez agrupados os dados em classes de amplitude de 5 anos, verificou-

se que o grosso dos cuidadores (72,1%) exerce essa função há cinco anos ou menos e que 21,4% a exerce há menos de 10 anos. Com mais de 25 anos de cuidado, foi encontrado um percentual de 1,3% dos cuidadores.

**Tabela 5** - Distribuição dos cuidadores segundo o tempo, intensidade de cuidado e motivo do papel de cuidador

	n	%
<b>Tempo de cuidado em anos (n=232)</b>		
<=5	165	72,1
5-10	49	21,4
10-15	8	3,5
15-20	-	-
20-25	4	1,7
>25	3	1,3
<b>Motivo? (n= 232)</b>		
Vive na mesma casa	22	9,5
Decisão familiar	5	2,2
Único	70	30,2
Por ser mãe e por carinho	24	10,3
Proximidade	40	17,2
Solteira e aposentada	1	0,4
Por ser do sexo feminino e filha	2	0,9
Por ser marido	32	13,8
Afecto	3	1,3
Obrigaçã	11	4,7
Melhores possibilidades	4	1,7
Por ser esposa	14	6,0
Mais competente	4	1,7
<b>O cuidado é contínuo? (n=232)</b>		
Sim	218	94,0
Não	14	6,0
<b>Se não, de quanto em quanto tempo? (n=14)</b>		
1 semana/mês	2	14,3
2 semanas/mês	2	14,3
3/3 meses	7	50,0
Mês sim, mês não	2	14,3
6/6 meses	1	7,1

Para além da abordagem ao tempo de cuidado, convém indagar o porquê da sua eleição como cuidadores principais de idosos dependentes. Isto é, que atitudes e motivações estão por detrás da decisão de encetarem tal actividade.

As respostas encontradas recaem maioritariamente no facto de serem as únicas pessoas a poderem fazê-lo (30,2%), na proximidade de residência (17,2%), no simples

facto de a pessoa cuidada ser o seu marido (13,8%), ou esposa (6,0%) ou ainda porque a pessoa cuidada é mãe da cuidadora e, como tal nutrem carinho por essa pessoa (10,3%). De realçar que 4,7% dos cuidadores referiram que tal função é uma obrigação que lhes assiste. O afecto como principal motivo isolado foi a razão apresentada por 1,3% dos cuidadores, 1,4% afirmaram serem as pessoas mais competentes para o fazerem e, 1,7% referiram ter sido por terem melhores possibilidades. Apesar de percentualmente pouco relevante, realça-se o facto de 0,9% dos entrevistados referirem ter sido eleitas para essa função por serem filhas e do género feminino.

O cuidado à pessoa dependente é realizado de forma contínua. Apenas um reduzido número de cuidadores (n=14; 6%) afirmaram repartir o cuidado com outros familiares e, destes, 50% assume essa responsabilidade com uma periodicidade de 3 meses.

Questionaram-se ainda os cuidadores se padeciam de alguma doença ou incapacidade. Os resultados obtidos, indicam que 66,4% das pessoas inquiridas afirmaram não padecer de qualquer doença ou incapacidade (tabela 6). Dos 33,6% de cuidadores que referiram padecer de alguma doença, o maior percentual (23,1 %) recai na hipertensão arterial, indicada como única alteração na sua saúde. Seguem-se as queixas do foro osteo-articular com 21,8% e da diabetes com 19,2%. Esta patologia, associada à hipertensão arterial, é referida por 6,4% das pessoas, existindo ainda 2,6% cuidadores que mencionaram a hipertensão arterial associada a doenças do foro renal e do sistema músculo – esquelético.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a presença de doenças ou incapacidades**

	n	%
<b>Padece de alguma doença ou incapacidade?</b> (n=232)		
Sim	78	33,6
Não	154	66,4
<b>Se sim, qual? (n=78)</b>		
Depressão	10	12,8
Hipertensão arterial	18	23,1
Hipertensão+coluna+renal	2	2,6
Diabetes	15	19,2
Osteo-articular	17	21,8
Diabetes+hipertensão	5	2,2
Respiratório	5	2,2
Hipotireoidismo+oste-articular	1	1,3
Neoplasia	2	2,6
Gástrico	1	1,3
Hematopoiético	2	2,6

Porque as doenças crónicas são mais prevalentes nas pessoas idosas, decidiu-se verificar a sua distribuição segundo o grupo etário dos cuidadores. Os dados presentes na tabela 7 permitem verificar que, efectivamente existe maior proporção de doenças como a hipertensão, diabetes e do foro osteo – articular no grupo etário dos 65 e mais anos, enquanto a proporção de pessoas com depressão é muito superior nas pessoas com menos de 65 anos.

**Tabela 7 – Doenças mais prevalentes nos cuidadores segundo o grupo etário.**

Doenças (n=78)	Grupo etário				Total	
	<65 anos		≥65 anos		n	%
	n	%	n	%		
depressão	9	90,0	1	10,0	10	100,0
hipertensão	2	10,0	18	90,0	20	100,0
osteo-articular	6	33,3	12	66,7	18	100,0
diabetes	6	30,0	14	70,0	20	100,0
respiratório e outros	5	50,0	5	50,0	10	100,0
<b>Total</b>	28	35,9	50	64,1	78	100,0

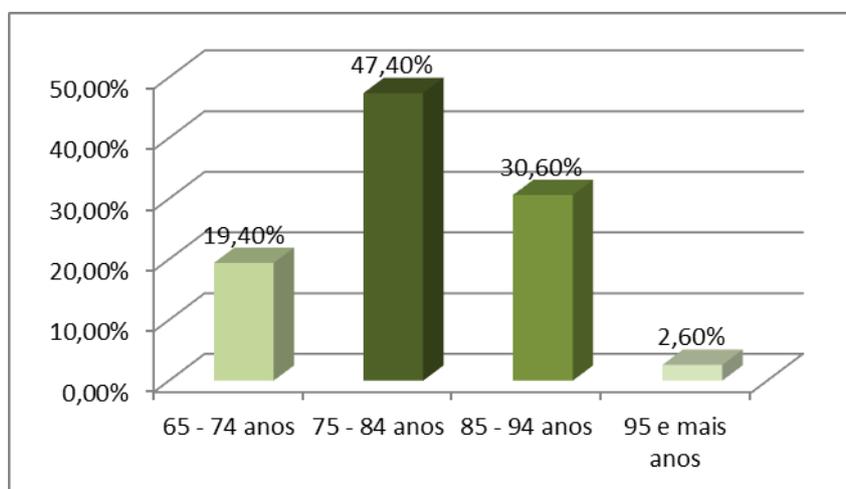
### 6.2.3 - Os Idosos – Alvo dos Cuidados

Porque, para cuidador existe habitualmente pelo menos, uma pessoa cuidada, considerou-se pertinente proceder ao estudo dos idosos receptores de cuidados, com o intuito de melhor compreender as características dos cuidadores estudados. Como já foi referido anteriormente, o formulário incluía também questões relativas a esses mesmos idosos, permitido, com a informação recolhida, proceder à sua caracterização.

Como é possível verificar pelo gráfico 1, o grupo mais representado dos idosos cuidados (n= 110; 47,4%) pertence ao grupo etário dos 75 – 84 anos. No grupo dos 85 – 95 anos estão 71 (30,6%) idosos. O grupo dos 65 – 74 anos compreende 45 idosos (19,4%), e o grupo menos representativo (n=6; 2,6%) é o dos 95 e mais anos de idade.

A média de idades dos idosos estudados é de 81,1 anos (min.: 65; máx.: 99 anos), a moda corresponde aos 84 anos de idade e a mediana aos 82. O desvio padrão tem o valor de 7,22 anos e o coeficiente de variação calculado é de 8,9% evidenciando uma fraca dispersão de valores em torno da média de idades dos idosos.

**Gráfico 1** – Distribuição percentual dos idosos cuidados por grupo etário



Analisando a distribuição dos idosos por género e grupo etário (tabela 8), verifica-se que a maioria (n= 135; 58,2%) pertence ao género feminino, e à excepção do grupo dos 65 – 74 anos, onde os homens estão mais representados, a prevalência das mulheres é superior em todos os outros grupos. A média de idades para o género

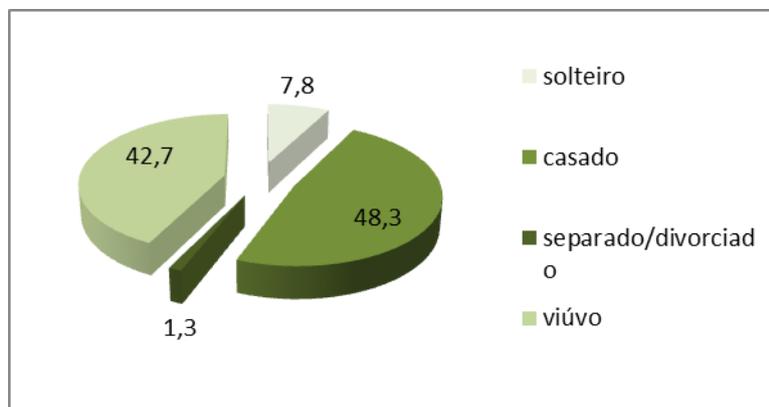
masculino é 76,6 anos (min.: 65 anos; máx.: 96 anos), uma mediana de 80 anos e a moda corresponde aos 84 anos de idade. No caso do género feminino, a média de idades corresponde aos 82,2 anos (min.: 65 anos; máx.: 99 anos), com uma mediana de 83 anos e uma moda de 87 anos de idade.

**Tabela 8** – Distribuição dos idosos segundo o grupo etário e género

		Grupo etário			Total
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Género	masc	24 53,3%	50 45,5%	23 29,9%	97 41,8%
	Femin	21 46,7%	60 54,5%	54 70,1%	135 58,2%
Total		45 100,0%	110 100,0%	77 100,0%	232 100,0%

O gráfico 2 mostra a distribuição percentual dos idosos segundo o estado civil. A sua análise permite verificar que, aproximadamente, metade dos idosos cuidados (48,3%) são casados e uma percentagem ligeiramente inferior (42,7%) são viúvos. Os solteiros representam 7,8% da amostra de idosos estudados e, apenas, 1,3 % são separados ou divorciados.

**Gráfico 2-** Distribuição percentual dos idosos cuidados segundo o estado civil



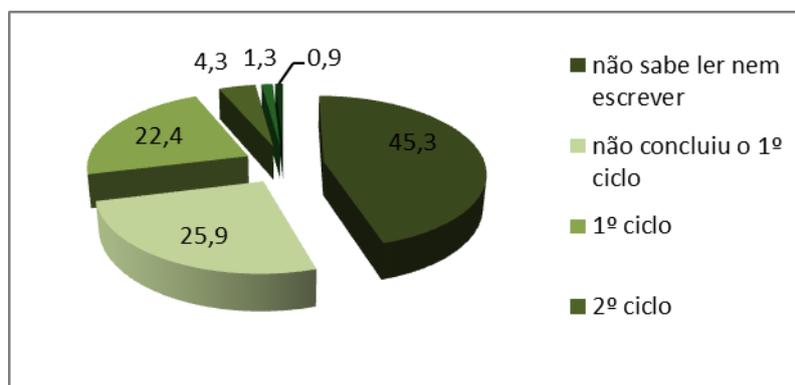
Atendendo a que, como é do conhecimento geral e, decorrente da sobremortalidade masculina, a taxa de viuvez é maior no género feminino, decidiu-se analisar também a distribuição dos idosos segundo o estado civil e género (tabela 9). A sua análise permite verificar que a proporção de mulheres é maior em todos os estados civis, à excepção do de casado, onde a proporção de homens é muito superior à de mulheres (60,7% e 39,3% respectivamente). No caso do estado civil de viúvo, a proporção de mulheres é mais do triplo da dos homens onde os percentuais verificados são respectivamente, 77,8% e 22,2%.

**Tabela 9 – Distribuição dos idosos segundo o género e estado civil**

		Género		Total
		masc	fem	
Estado civil	solteiro	6	12	18
	casado	68	44	112
	separado/divorciado	1	2	3
	viúvo	22	77	99
Total		97	135	232

Os dados obtidos relativos às habilitações literárias dos idosos, evidenciam uma percentagem mais elevada de idosos que não sabem ler nem escrever (45,3%) e uma percentagem mais baixa de pessoas que não concluiu a escolaridade obrigatória (25,9%). Com o ensino básico alcançou-se uma percentagem de 22,4%. Não foi encontrado nenhum idoso com o ensino secundário e, com ensino de nível superior, apenas 0,9% .

**Gráfico 3 – Distribuição dos idosos cuidados segundo as habilitações literárias**



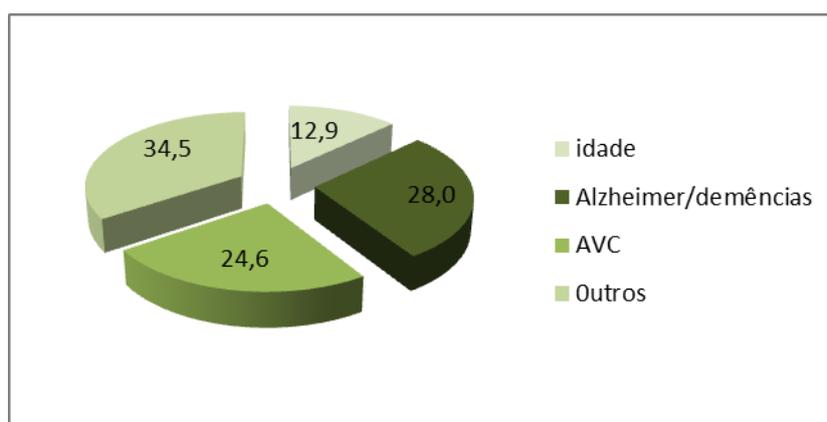
## As doenças e dependências nos idosos alvo dos cuidados

A leitura do gráfico 4 permite constatar que as demências (doença de Alzheimer e outras demências) numa percentagem de 28% constituem a principal causa isolada de dependência e/ou incapacidade. A segunda causa isolada mais prevalente neste grupo são os acidentes vasculares cerebrais (24,6%). Uma percentagem de 12,9% dos cuidadores desconhecia qual a causa específica da dependência e incapacidade da pessoa alvo dos seus cuidados e referiram que a causa provável era a idade.

Os outros motivos, (neoplasias, doença de Parkinson, cegueira, diabetes, insuficiência renal crónica, obesidade mórbida, problemas respiratórios, e um idoso com HIV/SIDA, problemas de mobilidade como doenças do foro osteo – articular, esclerose múltipla, que por terem frequências mais baixas foram agrupadas neste grupo), representam 34,5% das causas de dependência e/ou incapacidade.

Do total de idosos a quem foi diagnosticada uma demência, 67,7% pertence ao género feminino. No que diz respeito ao grupo etário, verificou-se que dos idosos com 85 e mais anos, 23,4% padecem de um qualquer tipo de demência e igual percentagem foi acometida por um acidente vascular cerebral.

**Gráfico 4** – Distribuição percentual dos idosos segundo o motivo da dependência



Na tabela 10 constam as distribuições dos idosos estudados segundo as diferentes actividades básicas da vida diária (ABVD). Nela pode observar-se que somente uma minoria dos idosos cuidados é independente em alguma actividade, sendo

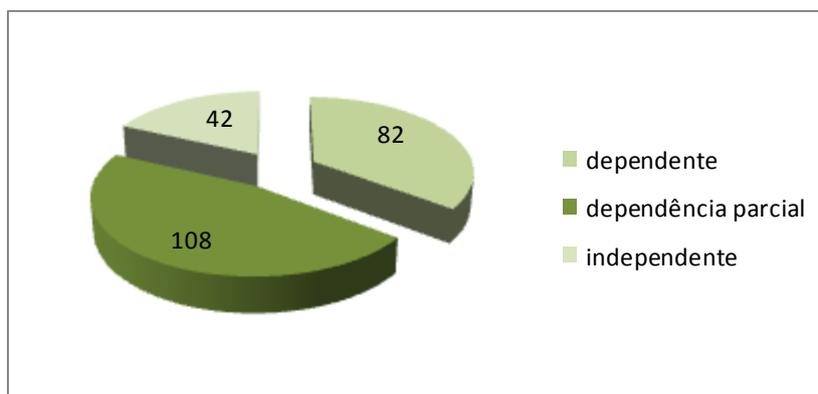
o banho aquela que apresenta percentual mais baixo de independência (2,2%), enquanto o valor percentual mais elevado de independência (15,9%) é encontrado na locomoção.

**Tabela 10** – Distribuição percentual dos idosos segundo os níveis de dependência nas ABVD

Actividade	Dependente		Necessita de ajuda		Independente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Tomar banho (chuveiro ou banheira)</b>	175	75,4	52	22,4	5	2,2	232	100,0
<b>Vestir - se</b>	162	69,8	60	25,9	10	4,3	232	100,0
<b>Uso do WC</b>	126	54,3	74	31,9	32	13,8	232	100,0
<b>Locomoção</b>	102	44,0	93	40,1	37	15,9	232	100,0
<b>Continência (controle de esfíngters)</b>	119	51,3	80	34,5	33	14,2	232	100,0
<b>Alimentação</b>	103	44,4	95	40,9	34	14,7	232	100,0

Estabelecida a classificação dos idosos segundo o grau de dependência, pode verificar-se, através da análise do gráfico 5, que um valor muito próximo da metade dos idosos (n=108; 46,6%) é parcialmente dependente no desenvolvimento das actividades básicas da vida diária e, como seria de esperar, um número muito reduzido (n= 42; 18,1%) pode ser classificado como independente. Os completamente dependentes representam um percentual de 35,3% (n=82).

**Gráfico 5** – Distribuição dos idosos segundo a dependência nas ABVD



Pode ainda verificar-se (Tabela 11) que, na amostra estudada, o maior percentual de pessoas dependentes se situa nas categorias diagnósticas de Alzheimer ou outras demências e nos acidentes vasculares cerebrais.

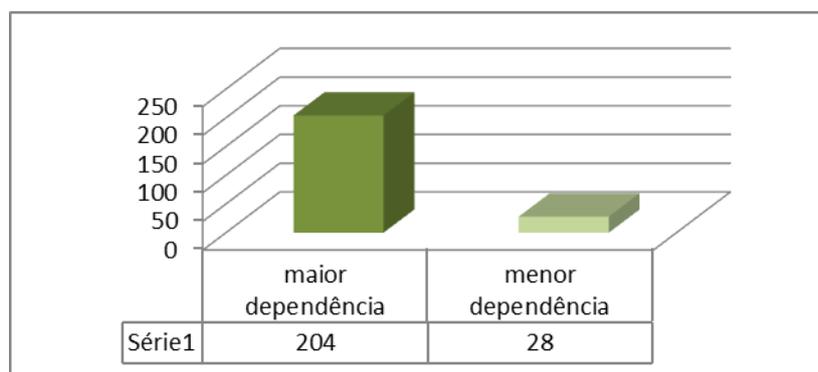
**Tabela 11** – Grau de dependência nas ABVD e causa da dependência

		Causa da dependência				Total
		idade	Alzheimer/demências	AVC	Outros	
Grau de dependência	dependente	10	27	28	17	82
		4,3%	11,6%	12,1%	7,3%	35,3%
	dependência parcial	9	29	25	45	108
		3,9%	12,5%	10,8%	19,4%	46,6%
	independente	11	9	4	18	42
		4,7%	3,9%	1,7%	7,8%	18,1%
Total		30	65	57	80	232
		12,9%	28,0%	24,6%	34,5%	100,0%

A análise da dependência nas actividades instrumentais da vida diária (AIVD), através da aplicação do índice de Lawton & Brody, permitiu verificar que, na amostra em estudo se obteve uma média de 2,01 pontos (min: 0; máx:16 pontos). A moda e a mediana correspondem a 0 pontos. No desvio padrão obteve-se o valor de 3,37 pontos e o coeficiente de variação calculado é de 167,7% o que indica uma elevadíssima distribuição de valores em torno da média.

O gráfico 6 representa a distribuição dos idosos segundo os níveis de dependência estabelecidos para o presente estudo e, através da sua análise, pode constatar-se que a grande maioria (n=204; 87,9%) dos idosos cuidados são muito dependentes no desenvolvimento das actividades instrumentais da vida diária. Apenas 28 idosos (12,1%) apresentam menores níveis de dependência.

**Gráfico 6** – Distribuição dos idosos segundo o nível de dependência nas AIVD



Decidiu-se ainda analisar a distribuição dos idosos segundo a dependência nos dois tipos de actividades da vida diária. Os dados estão expressos na tabela 12 e pela sua análise pode verificar-se que do total de idosos, 35,3% (n=82) apresentam níveis mais elevados de dependência nos dois tipos de actividades. Não existe nenhum idoso classificado como dependente no índice de Katz que tenha sido classificado com menor nível de dependência no índice de Lawton. 43,1% (n=100) foram classificados como muito dependentes segundo o índice de Lawton e, simultaneamente como parcialmente dependentes segundo o índice de Katz. Do total de idosos com dependência parcial segundo Katz, 7,4% (n=8) foram classificados com menor nível de dependência nas AIVD. 42 idosos foram classificados como independentes nas ABVD e verifica-se uma distribuição equitativa dos mesmos nos dois níveis de dependência segundo Lawton.

**Tabela 12**– Distribuição percentual dos idosos segundo os níveis de dependência nas ABVD e AIVD

		Dependência nas AIVD		Total
		maior dependência	menor dependência	
Dependência nas ABVD	dependente	82	-	82
		35,3%	-	35,3%
	dependência parcial	100	8	108
		43,1%	3,4%	46,6%
	independente	22	20	42
		9,5%	8,6%	18,1%
<b>Total</b>		204	28	232
		87,9%	12,1%	100,0%

A tabela 13 mostra a distribuição dos idosos cuidados segundo o nível de dependência nas actividades instrumentais da vida diária e o motivo da dependência. Pode observar-se que existem maiores proporções de idosos muito dependentes em todos os grupos de diagnóstico, sendo que as maiores diferenças se encontram no grupo das demências, onde a proporção de idosos muito dependentes é de 98,5%, e nos acidentes vasculares cerebrais onde esta proporção atinge os 94,7%.

**Tabela 13 -** Distribuição percentual dos idosos segundo o nível de dependência nas AIVD e motivo da dependência

		Dependência nas AIVD				Total	
		Maior dependência		Menor dependência			
		N	%	N	%	N	%
<b>Motivo da dependência</b>	<b>Idade</b>	23	76,7	7	23,3	30	100,0
	<b>Alzheimer/demências</b>	64	98,5	1	1,5	65	100,0
	<b>AVC</b>	54	94,7	3	5,3	57	100,0
	<b>Outros</b>	63	78,8	17	21,3	80	100,0
<b>Total</b>		204	87,9	28	12,1	232	100,0

## 6.3 – Procedimentos

### 6.3.1 – Desenho do Estudo

No desenvolvimento de um estudo de investigação pode recorrer-se a dois tipos de metodologias – a metodologia qualitativa e a metodologia quantitativa. A primeira visa analisar a informação obtida utilizando, para tal, o método indutivo; a segunda pretende encontrar as relações entre variáveis, fazer descrições dos fenómenos estudados e testar teorias através do tratamento estatístico dos dados previamente recolhidos.

No presente estudo, e tendo em consideração os objectivos definidos, optou-se pela abordagem quantitativa. Desenhou-se então um estudo observacional, analítico de carácter transversal, pois, como refere Ribeiro (2007: 51), num estudo observacional “... o investigador não intervém. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos ou relações dos acontecimentos com as variáveis, e qual o efeito nos sujeitos em estudo”. Afirma ainda que estes estudos podem ser descritivos ou analíticos, sendo que os analíticos “...permitem responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características” (Ribeiro, 2007: 52). Para o mesmo autor, os estudos analíticos podem ser transversais, de caso-controlo e prospectivos, onde os transversais “... procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento”.

### *6.3.2 - Procedimento de Colheita de Dados*

Uma vez concluída a elaboração do formulário, e tendo como objectivo a obtenção de colaboração na recolha de informação e identificação de casos devido à extensão do distrito de Bragança, o estudo foi previamente apresentado numa reunião na antiga Sub-Região de Saúde de Bragança, (hoje Agrupamento dos Centros de Saúde do Nordeste). Estiveram presentes, para além da então coordenadora de saúde da sub-região, o director clínico, enfermeiros chefes/responsáveis, psicólogos e assistentes sociais. Foram explicados os objectivos do estudo, clarificados conceitos e definidas estratégias de colheita de dados. Posteriormente, fez-se a mesma apresentação a directores técnicos de instituições de idosos com serviço de apoio domiciliário. Obteve-se a colaboração de enfermeiros, técnicos de serviço social, gerontólogos, psicólogos e médicos para a aplicação do formulário.

A recolha de informação decorreu no período compreendido entre Março de 2009 e Junho de 2010.

### *6.3.3- Procedimentos Éticos e Deontológicos*

Qualquer investigação realizada deve ter presente os procedimentos éticos inerentes à declaração de Helsínquia. Assim, e no sentido da observância de tais princípios, no presente estudo foram tidos em consideração os seguintes aspectos:.

Os cuidadores que preenchiam os critérios de inclusão foram abordados e convidados a participarem no estudo, sendo elucidados sobre os objectivos do mesmo, garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária. Foram ainda informados que tinham total liberdade em recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento que assim o desejassem, bem como o acesso aos resultados do estudo. A colheita de dados foi efectuada mediante realização de entrevista no seu ambiente domiciliário, em local reservado, para evitar dispersão, constrangimentos ou omissão de informação ao responder às perguntas.

### 6.4 – Instrumentos de Medida

Para a concretização do estudo e tendo por base a diversa bibliografia consultada, foi desenvolvido um instrumento de recolha de informação – formulário constituído por duas partes distintas (anexo I):

- A primeira visa a obtenção de informação acerca do cuidador principal do idoso dependente e inclui questões relativas a:
  - Dados sociodemográficos e de cuidado;
  - Situação laboral – emprego; vínculo face ao emprego, percepção da dificuldade em manter as duas actividades (emprego e cuidado);
  - Situação de saúde do cuidador – avaliada através da presença de doenças ou incapacidades.

Inclui ainda a escala de sobrecarga do cuidador, questões relativas à solidão do cuidador, escala de estereótipos negativos acerca do idoso e escala de auto-eficácia do cuidador.

A segunda parte do instrumento de recolha de dados visa a obtenção de informação acerca do idoso cuidado e inclui questões relativas a:

- Dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, habilitações literárias), motivo da dependência e os índices de Katz e de Lawton & Brody que possibilitam a avaliação da dependência nas ABVD e AIVD respectivamente.

#### *6.4.1 - Entrevista de Carga do Cuidador*

Para avaliar o nível de sobrecarga, utilizou-se a “Entrevista de Carga do Cuidador” desenvolvida por Zarite Zarit em 1983. Compreende 22 itens avaliados em escala tipo Lickert e habitualmente pontuados de 1 (nunca) a 5 (Quase sempre). É um instrumento que inclui possibilidades de informação acerca da saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento, permitindo estabelecer uma avaliação da carga objectiva e subjectiva do cuidador (Sequeira, 2010).

Este instrumento foi posteriormente validado para a população portuguesa de cuidadores informais de idosos com dependência física e/ou mental por Sequeira (2007).

Tal como na maioria dos estudos de validação, o instrumento revelou uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,93). Sequeira (2007) identificou quatro factores:

- Impacto da prestação de cuidados;
- Relação interpessoal
- Expectativas face ao cuidar

- Percepção de auto-eficácia

A escala permite obter uma pontuação mínima de 22 pontos e uma máxima de 110, em que a maior pontuação corresponde a maior percepção de sobrecarga. Segundo o autor, os pontos de corte são os seguintes:

<46 pontos – Sem sobrecarga

46 – 56 pontos – Sobrecarga ligeira

>56 pontos – Sobrecarga intensa

Apesar de a Entrevista de Carga do Cuidador estar validada para a população portuguesa, decidiu-se submetê-la a uma análise factorial, atendendo às possíveis diferenças nas características da amostra. Os cuidadores estudados no presente estudo, por residirem numa zona com características eminentemente rurais e terem sido entrevistados no seu domicílio, poderiam não apresentar a mesma tipologia de respostas que a amostra estudada pelo autor aquando da validação da escala. Neste caso, os entrevistados eram cuidadores de idosos dependentes que recorreram a um serviço de psicogeriatria e a dois serviços de medicina de dois hospitais localizados na segunda maior cidade de Portugal.

Começou-se então por analisar a consistência interna da escala e dos ítems que a compõem. Obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,902. Mas os ítems 8 (*Sente que o seu familiar depende de si?* – Alfa = 0,906; Correlação item-total=0,106) e 20 (*Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?* – Alfa= 0,903; correlação ítem-total=0,280), faziam aumentar a consistência da escala, caso fossem removidos. Após a sua remoção procedeu-se a nova análise de consistência, resultando um Alfa de 0,907, mas desta feita, também o item 21 (*Sente que poderia cuidar melhor do seu familiar?* – Alfa =0,909; correlação item-total= 0,288) fazia aumentar a fiabilidade da escala, caso fosse removido. Procedeu-se à sua subtracção e ao estabelecimento de nova análise, obtendo-se, desse modo, um Alfa de 0,909. Os resultados obtidos estão expressos na tabela A (anexo II), e a sua interpretação permite verificar que, a consistência da escala aumentaria se os itens: 7 (*sente receio pelo futuro do seu familiar?*); 14 (*sente que o seu familiar espera que cuide dela/dele como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode*

*depende?*) e o 15 (*sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas*), fossem removidos. Tal não foi efectuado porque, como é possível observar, os valores das correlações item-total são superiores a 0,3, e como tal viabilizadores da sua inclusão.

Submeteram-se de seguida os itens restantes a uma análise factorial com Rotação Varimax.

No teste KMO foi obtido um índice de 0,897, indicador de que a análise factorial pode ser efectuada. Também o teste de esfericidade de Bartlett revela que a matriz de correlações é adequada à análise de componentes principais, uma vez que o valor da prova é inferior a 0,05 ( $p < 0,001$ ).

As respostas foram agrupadas em quatro factores que explicam 60,731% da variância total. Todos os factores apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, permitindo assim o seu isolamento (Tabela B; anexo II).

A percentagem de explicação da variância e a consistência interna de cada factor foram as seguintes:

O primeiro factor explica 39,766% da variância e evidencia uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,842). Atendendo ao tipo de itens que inclui, foi denominado de Relacionamento Interpessoal.

O segundo factor explica 8,471% da variância, evidencia uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,847) e, decorrente do tipo de itens que aglutina, foi denominado Stress psicológico

O terceiro factor explica 6,493% da variância e evidencia também uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,805). Os itens que integra conduziram à sua denominação de Constrangimentos como Consequência do Cuidar.

O quarto e último factor explica 6,002% da variância e evidencia uma aceitável consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,500). A tipologia dos itens que nele aglutinam, levou a que fosse apelidado de Expectativas futuras face ao cuidar.

Na tabela C (anexo II) estabelece-se a análise à convergência interna da escala. A sua interpretação permite verificar que todas as dimensões se correlacionam de forma positiva e altamente significativa entre si e com o global da escala ( $p < 0,001$ ). De uma forma geral, pode afirmar-se que a dimensão que apresenta maior correlação com a carga global é a de stress psicológico (87,6%); a dimensão de relacionamento interpessoal apresenta uma correlação com o global de sobrecarga de 83,9%; a dimensão de constrangimentos como consequência do cuidar correlaciona-se em 83,4% com o global de sobrecarga. Aquela que apresenta menor correlação com a sobrecarga global (56,7%) é a dimensão de expectativas futuras face ao cuidado.

No presente estudo, em resultado da análise factorial estabelecida, os cuidadores podem obter um mínimo de 19 pontos e um máximo de 95, pelo que os pontos de corte são também modificados, depois de estabelecida a correspondência com os apontados por Sequeira (2007). Assim, consideraram-se os seguintes pontos de corte:

<40 pontos – sem sobrecarga

40 – 48 pontos – sobrecarga ligeira

>48 pontos – sobrecarga intensa.

#### 6.4.2 – *Escala de Solidão*

Tendo como base a escala de solidão desenvolvida por Jong-Gierveld e Kamphuis (1984), seleccionaram-se aquelas questões que pareciam mais pertinentes para o presente estudo. Assim, esta temática é avaliada por um total de 7 questões, com três possibilidades de resposta: 0 (não); 1 (mais ou menos); 2 (sim).

Tal como no instrumento anterior, começou-se por se estabelecer uma reability analysis a fim de aferir da sua consistência interna, bem como de todos os itens que a integram.

Obteve-se um valor de Alfa = 0,838. As estatísticas da escala, caso os itens fossem removidos (tabela D – Anexo II) evidenciam que o item 6, com um Alfa de

0,857, aumentaria a fiabilidade da escala, mas atendendo a que o valor da correlação item-total de 0,342 e, como tal, viabilizador da sua inclusão, optou-se pela sua manutenção.

Procedeu-se de seguida à submissão destes itens a uma análise factorial com rotação Varimax.

Pelo teste KMO foi obtido um índice de 0,873 indicador de que a análise factorial pode ser efectuada. Também o teste de esfericidade de Bartlett revelou que a matriz de correlações se adequa à análise de componentes principais, uma vez que o valor da prova é inferior a 0,05 ( $p < 0,001$ ).

Esta análise agrupou os itens num único factor, revelando que as questões constituem uma escala unidimensional. Dadas as características dos itens que o integram, o factor foi denominado de solidão, explica 52,493% da variância e apresenta um valor próprio (Eigenvalue) de 3,674.

#### *6.4.3 - Escala de Estereótipos Negativos Acerca das Pessoas Idosas*

No sentido de obter informação relativa aos estereótipos acerca das pessoas idosas mais prevalentes nos cuidadores informais, recorreu-se à escala desenvolvida por Magalhães (2008).

É uma escala constituída por 22 itens com possibilidades de pontuações a variarem de 1 (discordo bastante) a 4 (concordo bastante). Na análise que estabeleceu, o autor obteve um alfa de Cronbach =0,823.

No presente estudo, omitiram-se dois itens por terem sido considerados muito semelhantes a outros dois questionados, tendo para tal obtido a concordância do autor. Assim, a escala utilizada ficou constituída por 20 afirmações representando outros tantos estereótipos negativos acerca das pessoas idosas. A pessoa inquirida, tem hipótese de seleccionar uma das quatro opções de resposta (duas concordantes e duas discordantes com a afirmação apresentada).

Submeteram-se seguidamente as respostas às questões da escala a uma análise factorial com rotação varimax.

Numa primeira análise, os itens foram agrupados em seis factores, mas como alguns itens saturavam em mais que uma dimensão, e havia dois factores que incluíam apenas um ou dois itens, forçou-se a extracção em cinco dimensões, voltando a acontecer algo semelhante. Finalmente, forçou-se a extracção em quatro factores. Verificou-se então que o item 8 foi eliminado por ter uma saturação inferior a 0,4 pelo que, a escala final ficou constituída por 19 itens.

De seguida testou-se a consistência interna da escala e dos itens que a constituem, obtendo-se um valor de alfa de Cronbach de 0,86 indicador de uma boa consistência. Da mesma forma, todos os itens evidenciaram, igualmente, boa consistência (tabela E - anexo II).

No teste KMO alcançou-se um índice de 0,832 e, como tal indicador de que a análise factorial pode ser efectuada. Também o teste de esfericidade de Bartlett revela que a matriz de correlações é adequada à análise de componentes principais, uma vez que o valor da prova é inferior a 0,05 ( $p < 0,001$ ).

Todos os factores apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, permitindo assim o seu isolamento (Tabela F - anexo II).

Os quatro factores encontrados, explicam 50,93% da variância, sendo a seguinte, percentagem de explicação da variância e a consistência interna de cada factor:

O primeiro factor explica 28,654% da variância e traduz uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,804). Atendendo ao tipo de itens que inclui, foi denominado de estereotipia de declínio social e cognitivo.

O segundo factor explica 8,865% da variância e evidencia uma consistência interna bastante boa (Alfa de Cronbach = 0,720) e foi denominado de estereotipia de declínio bio – psicológico.

O terceiro factor – estereotipia de declínio psicológico e dependência, explica 6,874% da variância e denota uma consistência interna aceitável (Alfa de Cronbach = 0,622).

O quarto e último factor, denominado estereotipia de declínio biológico, explica 6,540% da variância, sendo também aceitável a sua consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,660).

Estabelecida a análise de convergência, constatou-se que todas as dimensões se correlacionam entre si e com o somatório global da escala (tabela G – anexo II). A análise da tabela permite ainda verificar que o primeiro factor (estereotipia de declínio social e cognitivo), é responsável por 80% da variação no global da escala, seguido da estereotipia de declínio bio – psicológico responsável por 77,8% da variação.

#### *6.4.4 - Escala de Auto-eficácia do Cuidador*

Como não se conhecia nenhuma versão portuguesa da “ The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy”, contactou-se via correio electrónico uma das autoras, que prontamente respondeu, referindo que, como a escala está publicada, não havia necessidade de solicitar autorização. Amavelmente, enviou a versão castelhana da mesma, usada para ser aplicada à população hispânica dos Estado Unidos da América (anexo IV).

A escala é constituída por 15 itens distribuídos por três dimensões:

- Auto-eficácia para a obtenção de uma pausa;
- Auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada;
- Auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

De acordo com os autores, em todas as dimensões foram obtidos valores de alfa de Cronbach superiores a 0,8.

Uma vez traduzido o documento, verificou-se que os autores na dimensão “ auto – eficácia para obtenção de uma pausa”, na mesma pergunta, questionavam a capacidade para pedir ajuda a um amigo ou familiar. Decidiu-se assim, elaborar uma questão para cada situação, dado que se entende que é diferente solicitar ajuda a uma

pessoa amiga ou a uma pessoa da família. Desta feita, duplicou-se o número de questões nesta dimensão.

Nos exemplos apresentados nas diferentes questões, os autores utilizavam sempre ou quase sempre a mesma actividade, facto que foi diversificado na versão utilizada.

Acrescentaram-se ainda duas questões que foram entendidas como pertinentes:

- Uma, relativa à colocação de limites ao familiar na dimensão auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada;
- Outra, acerca do sentimento de culpa por ter maus pensamentos relativamente ao familiar, na dimensão auto – eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Em consequência, a escala adaptada para a presente pesquisa ficou constituída por 22 itens.

Acresce que os autores, utilizaram uma escala de medida dos 0% (zero) a 100% (cem) para medir o grau de segurança na capacidade de realizar as actividades questionadas, onde o zero correspondia a “nada capaz”, e os cem a “completamente capaz”.

Foi elaborada nova escala utilizando a mesma métrica e, solicitou-se a um grupo de profissionais que incluía enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e gerontólogos, potenciais colaboradores na recolha de dados que a analisassem e dessem a sua opinião acerca da possibilidade da facilidade/dificuldade de compreensão e preenchimento. Todos afirmaram ser difícil para os cuidadores posicionarem-se numa escala de zero a cem. Foi então decidido, modificar a métrica da escala, optando-se por elaborar uma escala tipo Likert, com pontuações a variar de 0 (zero) a 4 (quarto) onde:

- Zero –nada capaz (0%)
- Um – pouco capaz (25% )
- Dois – moderadamente capaz (50%)

- Três – bastante capaz (75%)
- Quatro – completamente capaz (100%).

Em seguida analisou-se a consistência interna da escala de auto-eficácia do cuidador, bem como dos itens que a integram, determinando o Alfa de Cronbach. Foi obtido um valor de 0,879. Pela leitura da tabela H (anexo II), pode verificar-se que nenhum item aumentaria a fiabilidade da escala caso fosse removido. Também os valores da correlação item-total corrigida são superiores a 0,3, valor indicativo da sua inclusão.

Uma vez estabelecida a análise factorial, verificou-se que esta agrupava dois itens relativos aos familiares num factor que, com base na bibliografia, não fazia qualquer sentido. Posto isto, forçou-se então a redução a quatro factores. No teste KMO obteve-se um índice de 0,772, indicador de que a análise factorial pode ser efectuada. Também o teste de esfericidade de Bartlett revelou que a matriz de correlações é adequada à análise de componentes principais, uma vez que o valor da prova é inferior a 0,05 ( $p < 0,001$ ).

Todos os factores apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, permitindo assim o seu isolamento. Os quatro factores encontrados, explicam 68,06% da variância, tendo a percentagem de explicação da variância e a consistência interna de cada factor sido as seguintes (tabela I – anexo II):

O factor 1, constituído por sete itens, tem um valor próprio de 6,354, explica 18,502% da variância e apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach= 0,873). A consistência de cada item varia de 0,836 a 0,876. Neste caso, o item número 21 faz aumentar a fiabilidade do factor (alfa=0,876), facto que poderia induzir à sua exclusão. No entanto, porque a correlação item-total tem o valor de 0,491, justifica-se a sua inclusão. Dados os itens que integra, denominou-se de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada;

- O factor 2 engloba cinco itens, apresenta um valor próprio de 4,610, explica 17,206 % da variância e demonstra uma excelente consistência interna (alfa de Cronbach =0,916). A consistência de cada item varia de 0,893 a 0,909. Atendendo aos

itens que o compõem foi denominado de auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos amigos;

- O factor 3 que compreende cinco itens, explica 16,999% da variância, tem um valor próprio de 2,277 e revela uma óptima consistência interna (alfa de Cronbach = 0,911), variando a consistência de cada item entre 0,879 a 0,910. Foi apelidado de auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos familiares, atendendo aos itens que integra

- O factor 4 inclui 5 itens, apresenta um valor próprio de 1,732, explica 15,354% da variância e demonstra uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,864), variando a consistência dos itens entre 0,821 a 0,849. Pelos itens que o integram foi chamado de auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Tendo em mente a análise da convergência interna da escala, calcularam-se as correlações entre as quatro dimensões e o somatório global da escala, expressas na tabela J (anexo II). A sua análise permite verificar que todas as dimensões exercem influência na variação da escala global. A dimensão Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares destaca-se como aquela que maior influência exerce na variação global da escala com 70,7%, seguida da dimensão Auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada com 67,5%. Em terceiro lugar surge a dimensão Auto – eficácia para a obtenção de ajuda junto de amigos com 58,6%, e finalmente a Auto – eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, que influencia a variação do global da escala em 45,0%

A análise da tabela permite ainda verificar que a dimensão de auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar não se correlaciona de forma significativa nem com a auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos nem junto dos familiares.

A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 88 pontos onde, a uma maior pontuação, corresponde maior auto-eficácia. No entanto, saliente-se que, mais do que o somatório global na escala, a análise da mesma deve centrar-se na análise de cada uma das dimensões.

#### 6.4.5 - Avaliação da Dependência da Pessoa Cuidada

Tendo em mente a recolha de informação relativa aos níveis de dependência dos idosos cuidados, foram aplicados os índices de Katz e de Lawton & Brody, que se se passam a descrever:

##### Índice de Katz

O índice de Katz é um dos instrumentos mais utilizados em estudos de âmbito gerontológico, embora tenha sido publicado em 1963.

Duarte, Andrade e Lebrão (2007) evidenciam o facto de nos meados dos anos cinquenta do séc. XX, decorrente do aumento do número de idosos e, concomitantemente, da prevalência das doenças crónicas, o governo dos Estados Unidos ter constituído uma comissão com o objectivo de avaliar o impacto dessas doenças com especial ênfase na limitação imposta pelas condições crónicas nas pessoas que as suportavam. Baseados em orientações da Organização Mundial de Saúde que estava então, a introduzir a importância da funcionalidade na avaliação do estado de saúde (afirmando que essa era considerada uma condição do organismo expressa pelo seu adequado funcionamento em determinadas condições genéticas e/ou ambientais), a equipa liderada por Katz começou a desenvolver métodos que avaliassem essa funcionalidade, resultando daí este conhecido índice (Index of Activity Daily Living).

Segundo Arrazola, Lezaun, Mancchola e Méndez (2001) o índice de Katz está baseado na avaliação da independência ou dependência funcional dos idosos nas seguintes actividades:

- Tomar banho (chuveiro ou banheira)
- Vestir-se
- Usar a casa de banho (WC)
- Locomoção

- Continência (controle de esfíncteres)

- Alimentação

Os idosos são classificados segundo as definições específicas da dependência e independência funcional, de acordo com o seguinte:

A - Independência na alimentação, continência, mobilização, uso da casa de banho, vestir-se e tomar banho.

B - Independência em todas, excepto numa das actividades.

C - Independência em todas, excepto no tomar banho e noutra actividade.

D - Independência em todas, excepto no tomar banho, vestir-se e noutra actividade.

E - Independência em todas, excepto no tomar banho, vestir-se, uso da casa de banho (WC) e outra actividade.

F - Independência em todas, excepto no tomar banho, vestir-se, uso da casa de banho (WC), mobilidade e outra actividade.

G - Dependência nas seis actividades.

Outro – Dependência em, pelo menos, duas actividades mas não classificáveis como C, D, E ou F.

O índice de Katz é um óptimo instrumento para avaliação funcional geriátrica individual porque permite obter um excelente conhecimento do idoso, tendo em vista a intervenção nas áreas de dependência específicas. Contudo, a quantificação das variáveis do índice dificulta a sua utilização em investigação, motivo pelo qual tem vindo a ser adaptado com a concordância do autor. Duarte, Andrade e Lebrão (2007) evidenciam o caso do estudo desenvolvido pelo serviço de geriatria do Estado da Califórnia no qual o índice foi reclassificado em três categorias:

- Mais independente (Katz A e B), intermédio (Katz C, D e E) e mais dependente (Katz F e G). A categoria “outros” foi suprimida.

Mais tarde, e de acordo com os mesmos autores, o Hartford Institute for Geriatric Nursing apresenta uma nova versão do índice de Katz onde classifica a independência com 1 ponto e a dependência com 0 pontos. O somatório classifica os idosos da seguinte forma:

Total de pontos = 6 – Independente

4 – Dependência moderada

Menor ou igual a 2 – Muito dependente.

No presente estudo, recorreu-se à metodologia seguida por Guimarães na qual o índice de Katz apresenta uma pontuação de 1 a 3, representando o nível de dependência e independência da seguinte forma:

1 – Dependente

2 – Necessidade de ajuda

3 – Independente

Com base nos pressupostos descritos anteriormente, cada idoso pode ser classificado com um mínimo de 6 até um máximo de 18 pontos donde resulta a seguinte classificação

$\leq 6$  – Dependente

7 – 12 – Dependência parcial

13 – 18 – Independente.

### Índice de Lawton e Brody

Para avaliar a funcionalidade instrumental da vida diária, uma das escalas mais utilizadas é aquela que foi desenvolvida por Lawton e Brody em 1969. As actividades instrumentais da vida diária são aquelas que requerem capacidades físicas e mentais

mais complexas (Arrazola et al, 2001). Os mesmos autores afirmam que este instrumento foi desenhado especificamente para pessoas idosas e consta de oito itens:

Capacidade de utilizar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, utilizar os meios de transporte, responsabilizar-se pela própria medicação e utilização do dinheiro.

Na primeira escala desenvolvida - aquela que é mais utilizada - a pontuação máxima é de oito pontos correspondente à máxima independência, e a mínima, de zero pontos, é indicadora de máxima dependência.

Apesar de esta versão ser mais conhecida e aplicada, no presente estudo optou-se por utilizar aquela que foi validada para a população portuguesa por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008). Os autores validaram a escala de Lawton policotómica onde a pontuação mais baixa corresponde a pior funcionalidade. Validaram ainda a versão original – escala dicotómica –, avaliaram as qualidades psicométricas das duas escalas e obtiveram um alfa de Cronbach de 0,91 para a versão dicotómica e de 0,94 para a policotómica. Face aos resultados, os autores concluíram que a escala com pontuação alternativa tem boas qualidades psicométricas para ser utilizada em contexto comunitário, dado que permite melhor discriminação das pessoas relativamente à capacidade de realizarem as actividades instrumentais da vida diária.

Para efeitos de classificação no presente estudo e, dado que não são conhecidos valores de corte para esta escala, decidiu-se classificar os idosos da seguinte forma:

$\leq 6$  – maior nível de dependência

$> 6$  – menor nível de dependência

## 6.5 - Metodologia de Tratamento de Dados

O tratamento estatístico foi efectuado com recurso ao programa informático SPSS ( Statistical Package for Social Sciences: *PSAW Statistics18*), utilizando a seguinte metodologia estatística:

- Para estabelecer a caracterização da amostra de cuidadores e dos idosos cuidados, utilizou-se a estatística descritiva com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão.

- Para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal, fez-se uso do teste de Kolmogorov-Smirnov;

- A comparação de médias foi estabelecida com a utilização do teste de t de Student para amostras independentes ou, quando se tratasse de mais de duas amostras independentes, do teste Oneway ANOVA. Neste caso, o teste de Scheffé foi utilizado para o estabelecimento da análise Post Hoch. Nos casos em que não se verificassem os pressupostos da normalidade, recorreu-se em alternativa, ao teste U de Mann-Whitney ou ao teste de Kruskal-Wallis, quando se tratasse de duas ou mais amostras independentes, respectivamente;

- A comparação de proporções foi estabelecida com recurso ao teste de independência do Qui-quadrado;

- A análise da correlação entre variáveis, foi estabelecida através da utilização do teste de correlação de Pearson ou, em alternativa, do teste de correlação rho de Spearman;

- Uma vez que a análise factorial representa um excelente procedimento para analisar a dimensionalidade dos instrumentos, as respostas obtidas na entrevista de carga do cuidador, escala de auto-eficácia do cuidador, estereótipos negativos acerca do idoso e solidão do cuidador (objectivos 1, 2, 3 e 4) foram submetidas a análise factorial com rotação varimax, tendo em consideração os seguintes aspectos:

- os valores de associação linear entre as variáveis através dos coeficientes de correlação de Pearson;
- ponto de saturação dos itens igual ou superior a 0,4 para a construção de cada factor, determinando assim o número de itens a incluir em cada um.
- Através da Reliability Analysis – Scale (Alpha), determinou-se o coeficiente de alfa de Cronbach para analisar a consistência interna de cada escala, bem como dos itens e dimensões que as compõem.

- A análise da relação entre variáveis quantitativas, foi estabelecida com recurso à análise de regressão linear simples, se verificados os seguintes pressupostos:

- Existe relação linear entre as duas variáveis - possível de verificar através do coeficiente de correlação de Pearson, de um diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados, ou ainda, através do diagrama de dispersão entre as duas variáveis em análise;
- Os erros têm uma média nula – verificado através da análise dos resíduos;
- Homocedasticidade dos erros – verificado através do diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados, onde os pontos devem apresentar um padrão de variabilidade constante em torno da recta de resíduos igual a zero (não evidenciam qualquer outro padrão);
- Os erros são independentes – avaliado através do teste de Durbin-Watson (DW). O valor deste teste varia entre zero e quatro. Assim, valores próximo dos extremos revelam a existência de autocorrelação dos erros. Desta feita, se o valor do teste estiver próximo de dois, assume-se que os erros são independentes ou que não são autocorrelacionados;
- Os erros seguem uma distribuição normal – verificado através do teste de aderência à normal de Kolmogorov-Smirnov (Laureano, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

- A selecção do melhor conjunto de variáveis preditivas da variação do nível de sobrecarga (objectivo 5) foi estabelecida com recurso à análise de regressão linear múltipla pelo método de backward. Como referem Pestana e Gageiro (2008), o modelo de regressão linear múltipla permite a análise da relação entre uma variável independente (Y) e um conjunto de variáveis independentes (X's).

Afirmam ainda que, os princípios básicos da regressão usados na regressão linear simples podem ser estendidos à situação em que existam mais de duas variáveis independentes, carecendo da verificação dos cinco pressupostos descritos anteriormente, aos quais se junta ainda a verificação da independência das variáveis explicativas, ou seja, a sua não multicolinearidade.

A utilização do método backward permite construir um modelo com todas as variáveis independentes em relação à variável dependente que se pretende calcular e ir excluindo as variáveis cujos coeficientes não sejam significativamente diferentes de zero ou que menos alterem a variância explicada.

Para a concretização do objectivo 6 - Analisar em que medida a auto-eficácia actua como mediadora da sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes, desenhou-se o modelo casual hipotético – com base no descrito por Maroco (2007, 648:667) através do diagrama de trajectórias apresentado anteriormente, o qual foi testado através da análise de trajectórias (path analysis) e que se passa a explicar:

- Com base nos resultados obtidos através da análise de regressão múltipla com vista à selecção do melhor conjunto de variáveis preditivas da variação do valor da sobrecarga ( $Z_1$  - variável dependente), foram seleccionadas como variáveis exógenas independentes (só apresentam setas a sair delas):

- $X_1$ - Solidão;
- $X_2$  – Estereotipia de declínio biológico;
- $X_3$ - Estereotipia de declínio físico-cognitivo.

A variabilidade das variáveis independentes seleccionadas não tem causas conhecidas, antes, a sua variabilidade é determinada por variáveis não consideradas no modelo (Maroco, 2007).

- A variável Y (auto-eficácia) é considerada variável endógena mediadora (apresenta setas que chegam e saem dela. Neste caso, consideraram-se três domínios da auto-eficácia:

- $Y_1$  – auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada;
- $Y_2$  - auto-eficácia para a obter uma pausa junto da rede social dos amigos;
- $Y_3$  – auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar

A variável Z é uma variável endógena dependente (só apresenta setas na sua direcção).

De acordo com o mesmo autor, a variabilidade da variável endógena é explicada pelas variáveis exógenas e/ou pelas outras variáveis endógenas presentes no modelo. Assim, na

presente investigação, a variabilidade da sobrecarga será explicada pela solidão, estereotipia de declínio biológico, estereotipia de declínio físico-cognitivo, e/ou pelas dimensões da auto-eficácia (para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, para obter uma ajuda junto da rede social dos amigos e para controlar pensamentos acerca do acto de cuidar).

A proporção da variabilidade das variáveis endógenas que não é explicada pelas relações casuais hipotéticas do modelo constitui os erros (variabilidade não explicada) (Maroco, 2007). Neste estudo, os erros ou variabilidade das três dimensões da auto-eficácia e da sobrecarga não explicada, está representada por  $e_1, e_2, e_3, e_4$ .

O sentido das setas nas linhas rectas indica o sentido da relação causa-efeito entre as variáveis. O segmento curvo com duas setas na extremidade indica a associação entre as variáveis sem qualquer tipo de hipótese de causa-efeito associada. A intensidade da relação entre variáveis é dada pelos coeficientes de trajectória – *Path Coefficients* ou  $\beta_s$ .

Para a construção do modelo foram utilizados os elementos gráficos presentes na tabela 14.

**Tabela 14 - Elementos gráficos utilizados no modelo de trajectórias**

$X_1, X_2 e X_3$	variáveis exógenas (independentes) (sem setas a apontar para elas) - solidão, estereotipia de declínio biológico e estereotipia de declínio físico-cognitivo respectivamente
$Y_1, Y_2 e Y_3$	variáveis endógenas (mediadoras) (com setas a apontar para e a sair delas) – AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, AE para obter uma pausa junto dos amigos, AE para controlar pensamentos inadequados da pessoa cuidada respectivamente
$Z_1$	Variável endógena dependente - sobrecarga
	relação casual, de causa e efeito
	variáveis meramente correlacionadas (sem relação causa-efeito)
$\beta_{ij}$	coeficiente de trajectória, coeficientes de regressão estandardizados
$e_i$	erro ou variabilidade não-explicada (variável não observada directamente)

Procedeu-se ainda à decomposição das associações entre as variáveis nos seguintes tipos de efeitos:

Efeitos directos – relação directa entre duas variáveis, estimada pelo coeficiente de trajectória de uma variável para outra.

Efeitos indirectos ou mediadores – o efeito de uma variável faz-se sentir indirectamente através de outra variável, sendo estimada pelo produto dos coeficientes de trajectória que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido (de causa para efeito).

Efeitos não analisados – Efeitos devidos a causas correlacionadas entre duas variáveis.

Efeitos espúrios - Efeitos devidos a causas comuns de uma variável, isto é, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas com uma terceira variável.

A soma dos efeitos directos e indirectos (efeito total) é uma estimativa da associação casual entre duas variáveis.

A soma dos efeitos não analisados e dos espúrios é uma estimativa da associação não-casual.

Assim sendo, a correlação entre duas variáveis pode ser decomposta em quatro componentes aditivas, estimadas respectivamente pelos efeitos directos, indirectos, não analisados e espúrios, sendo que esta decomposição permite perceber a importância relativa de cada efeito analisado na correlação.

A comparação da correlação observada com a correlação prevista pelo modelo (resultante da soma dos diferentes tipos de efeitos considerados nas trajectórias consideradas no modelo) permite decidir acerca da plausibilidade do modelo de trajectórias, para explicar o fenómeno correlacional em estudo.

O modelo em análise pode ser classificado como modelo recursivo, dado que todas as relações causais são unidireccionais.

A estimação dos coeficientes de trajectórias no modelo em análise é feita recorrendo ao seguinte conjunto de equações de regressão linear:

$$Y_1 = \beta_1 X_2 + e_1$$

$$Y_2 = \beta_2 X_1 + e_2$$

$$Y_3 = \beta_3 X_1 + \beta_4 Y_1 + e_3$$

$$Z_1 = \beta_5 X_1 + \beta_6 X_3 + \beta_7 Y_1 + \beta_8 Y_2 + \beta_9 Y_3 + e_4$$

A significância estatística de cada coeficiente de trajectória obtém-se aplicando testes de t de Student aos coeficientes de regressão.

Adicionalmente, testar-se-á o ajustamento do modelo casual proposto aos dados observados, uma vez que o objectivo do modelo é explicar de forma mais simples possível, as associações observadas entre as variáveis. Atendendo a que o *SPSS* não possui nenhum módulo de análise de equações estruturais, o ajustamento do modelo será calculado no programa Excel 2010, através do *Root Mean Square Residual* (RMSR) que estima a diferença entre as covariâncias estimadas pelo modelo e as covariâncias observadas ou, de modo equivalente, se a análise for feita nas variáveis estandardizadas, as diferenças entre as correlações estimadas pelo modelo e as correlações observadas através da aplicação da seguinte fórmula (Meehl & Waler, 2002 citado por Maroco, 2007):

$$\text{RMSR} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^p \sum_{i=j+1}^q (\rho_{ij} - r_{ij})^2}{p+q}}$$

Onde:

$\rho_{ij}$  são as correlações previstas pelo modelo estimadas pela soma da associação causal (efeitos directos e efeitos indirectos);

$r_{ij}$  são as correlações observadas entre as  $p+q$  variáveis.

Se  $RMSR < 0,1$  pode assumir-se, empiricamente, que o ajustamento do modelo é bom e, se  $RMSR < 0,05$ , o ajustamento é muito bom.

Para além do RMSR, um outro índice da qualidade de ajustamento que é possível calcular, é o GFI do método dos mínimos quadrados não-ponderado:

$GFI = 1 - 0,5tr * (R-II)^2$  ( valores de GFI superiores a 0,90 indicam um bom ajustamento do modelo aos dados) (Maroco, 2007).

Para além do anteriormente descrito, é ainda necessário, para que os resultados da análise de trajetórias possam ser usados com confiança, que os seguintes pressupostos sejam verificados:

- Todas as relações são lineares e aditivas;
- Os erros são normalmente distribuídos, independentes entre si e não estão correlacionados com as variáveis do modelo:
  - O fluxo causa.efeito só ocorre numa direcção (modelo recursivo);
  - As variáveis são quantitativas;
  - As variáveis são medidas sem erro (fiabilidade perfeita).

### *6.5.1 - Operacionalização das Variáveis*

Para a realização do tratamento estatístico definido, houve necessidade de proceder à transformação de algumas variáveis, e que se passa a descrever:

- Idade – variável quantitativa discreta, utilizada como tal na análise de correlação. Para a caracterização dos cuidadores entrevistados e dos idosos cuidados, foi transformada em variável nominal (grupo etário), estabelecendo classes de idades com amplitude 10.
- Estado civil – variável nominal com quatro possibilidades de resposta, de acordo com a condição de cada cuidador, ou idoso cuidado;
- Habilitações literárias – Variável nominal com possibilidade de resposta a sete categorias. Mais tarde, no caso dos cuidadores e aquando da comparação de médias de todas as escalas envolvidas no estudo, esta

variável sofreu transformação, tendo sido recodificada nas quatro categorias que se seguem:

- Sem escolaridade
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior
- Agregado familiar – questionada enquanto variável numérica onde os cuidadores respondiam ao número de elementos que integram o seu agregado familiar, e utilizada como tal nos testes de correlação;
- Parentesco – Variável nominal questionada em forma de questão aberta, agrupando as respostas semelhantes;
- Situação laboral - incluiu quatro questões de âmbito profissional nomeadamente:
  - Exercício de outra actividade para além do cuidado - variável dicotómica onde o cuidador elegia qual a possibilidade de resposta que mais se adequava à sua situação específica (sim/não);
  - Tipo de trabalho – variável dicotómica com opção de resposta entre trabalho fixo ou trabalho temporário;
  - Vontade em abandonar o trabalho decorrente da função do cuidar – variável nominal com quatro possibilidades de resposta (1- nunca; 2- raras vezes; 3- bastantes vezes; 4 – muitas vezes);
  - Grau de dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidar - variável nominal com quatro possibilidades de resposta (1- nada difícil; 2- pouco difícil; 3- bastantes difícil; 4 – muito difícil). Dada a forma como foi codificada, esta variável foi utilizada enquanto variável quantitativa, aquando da utilização dos testes de correlação;
- Intensidade do cuidado – variável avaliada segundo um conjunto de variáveis que a seguir se expõem;
  - Ajuda no cuidado – variável dicotómica com possibilidade de resposta em sim ou não;

- Em caso de resposta afirmativa questionava-se ainda, de forma aberta, de quem recebe essa ajuda, agrupando-se posteriormente as respostas segundo a sua semelhança;
- No caso de a resposta ser negativa, questionava-se se gostaria de a receber com possibilidade de resposta entre sim ou não;
- Se a resposta à questão anterior fosse afirmativa, dava-se a possibilidade de, livremente, referirem de quem gostariam de receber essa ajuda, agrupando-se as respostas à posteriori, de acordo com a afinidade entre as mesmas;
- Tempo de cuidado – variável quantitativa contínua utilizada como tal nos testes de correlação entre variáveis quantitativas. Para a caracterização da amostra, foi transformada em variável categórica (classes de amplitude 5);
- Motivo da sua eleição para cuidador – questão aberta onde o cuidador referia livremente o motivo da sua eleição para a função que executa, agrupando posteriormente as respostas segundo as semelhanças apresentadas.
- Situação de saúde do cuidador – variável avaliada segundo a resposta a duas questões específicas:
  - doenças e/ou incapacidades – variável dicotômica com possibilidade de resposta entre sim ou não;
  - Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, foi solicitado que, de forma totalmente livre, indicassem qual ou quais as doenças ou incapacidades de que padeciam. Posteriormente, e dada a sua multiplicidade, as mesmas foram agrupadas segundo os sistemas do organismo humano ou, segundo a maior prevalência
- Motivo da dependência – variável nominal questionada de forma aberta para conhecer os principais motivos da dependência dos idosos. Como seria de imaginar, as respostas foram múltiplas e variadas, o que conduziu ao agrupamento de respostas segundo a maior prevalência verificada, agrupando as restantes (aquelas com frequência de 1) na categoria “outros”.

- Avaliação da dependência nas Actividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária - utilizando para tal o índice de Katz e o de Lawton & Brody, de acordo com os pontos de corte referidos anteriormente.

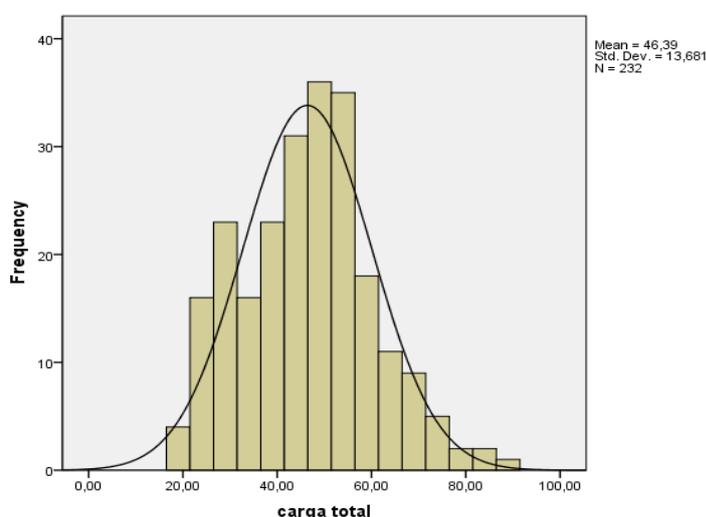
## 7 – Apresentação dos Resultados

7.1 – Objectivo 1 - Analisar a sobrecarga percebida por cuidadores informais de idosos dependentes segundo as diferentes variáveis de caracterização envolvidas no estudo.

Globalmente, os cuidadores obtiveram uma média de sobrecarga de 46,39 pontos (min: 19; máx: 87 pontos), uma mediana de 47 e uma moda de 46 pontos. O desvio padrão corresponde a 13,68 pontos e o coeficiente de variação calculado é de 29,48% indicativo de uma elevada dispersão de valores em torno da média global de sobrecarga.

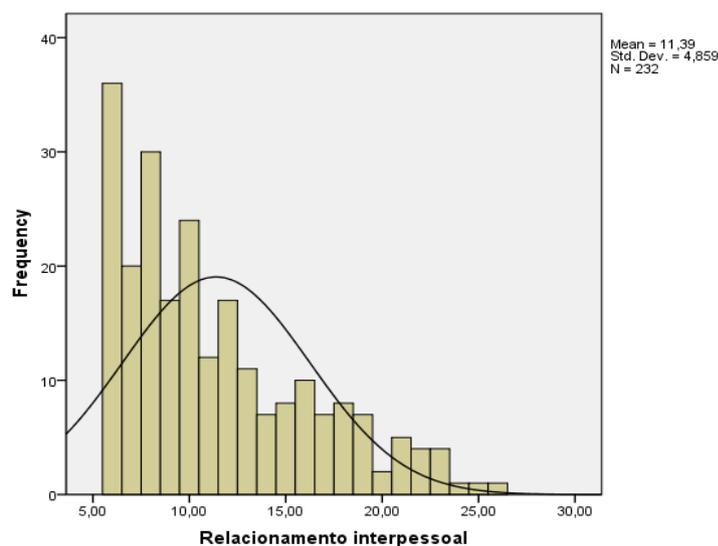
O gráfico 7 representa a distribuição dos inquiridos segundo as pontuações obtidas no global da escala de sobrecarga. Como pode observar-se, a variável apresenta uma distribuição normal, facto comprovado pela aplicação do teste de Kolmogorov Smirnov ( $p= 0,218$ ).

**Gráfico 7** – Distribuição dos cuidadores segundo os valores de carga global



Na dimensão de relacionamento interpessoal, os cuidadores podiam obter um mínimo de 6 e um máximo de 30 pontos. A média obtida nesta dimensão foi de 11,39 (min: 6; máx: 26 pontos), correspondendo a mediana a 10 e a moda a 6 pontos. O desvio padrão é de 4,86 pontos e o coeficiente de variação corresponde a 42,67% indicando uma elevada dispersão de valores em torno da média de sobrecarga nesta dimensão. A distribuição dos valores presente no gráfico 8, mostra que os cuidadores obtiveram maioritariamente pontuações mínimas nesta dimensão. A sua distribuição evidencia uma assimetria negativa e, como tal, não segue a distribuição normal, - Kolmogorov-Smirnov ( $p < 0,001$ ).

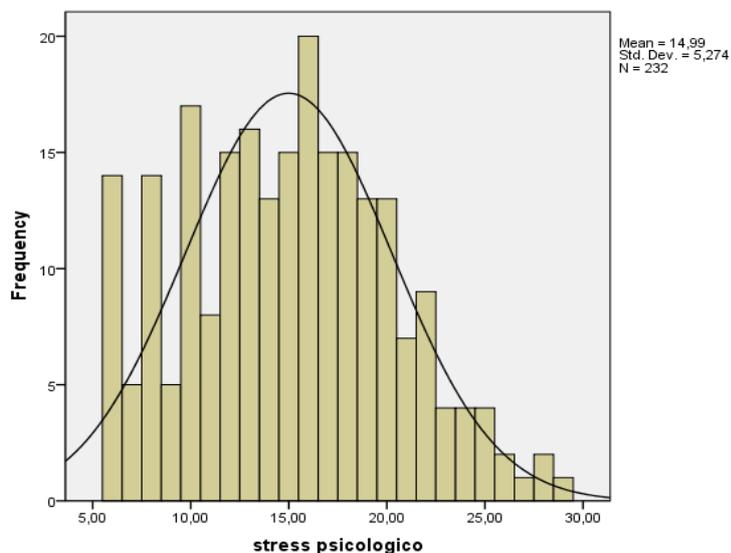
**Gráfico 8** - Pontuações obtidas na dimensão de relacionamento interpessoal



Na dimensão de stress psicológico, os valores de sobrecarga podem variar entre um mínimo de 6 e um máximo de 30 pontos. Foi obtida uma média de 14,99 pontos (min:6; máx: 29 pontos), uma mediana de 15 e uma moda de 16 pontos. O desvio padrão obteve o valor de 5,27 pontos e o coeficiente de variação é de 35,16% evidenciando também uma elevada dispersão dos valores em torno da média de sobrecarga nesta dimensão.

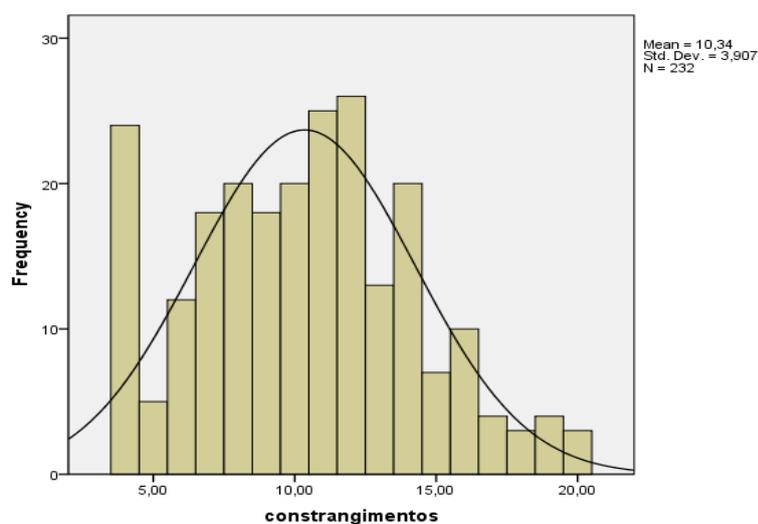
Também esta dimensão apresenta uma distribuição muito próxima da distribuição normal, (gráfico 9) comprovada pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p = 0,279$ ).

**Gráfico 9** – Pontuações obtidas na dimensão de stress psicológico



Na dimensão de constrangimentos como consequência do cuidar, os valores podem variar entre 4 e 20 pontos. Obteve-se uma média de 10,34 pontos (min:4; máx:20 pontos), uma mediana de 10 pontos e uma moda de 12. O desvio padrão resultou em 3,90 pontos e o coeficiente de variação foi de 37,72%, indicador também de uma elevada dispersão de valores em torno da média de sobrecarga nesta dimensão. Tal como a dimensão anterior, também esta apresenta uma distribuição normal, (teste de Kolmogorov-Smirnov:  $p=0,259$ ).

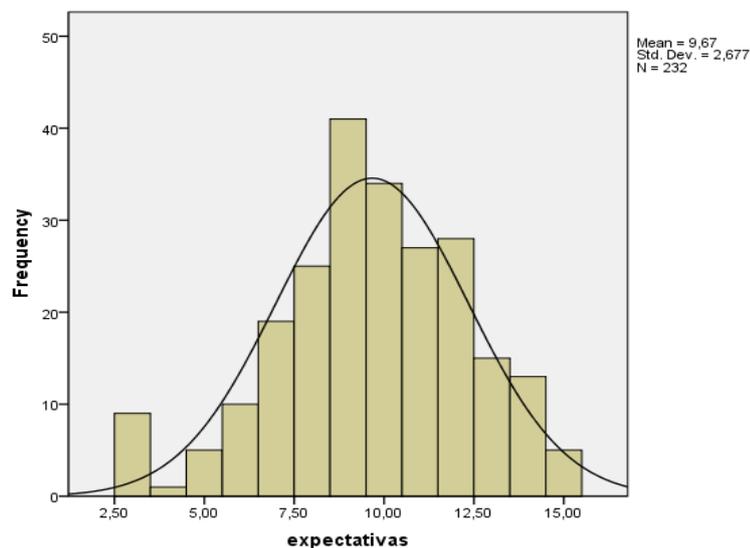
**Gráfico 10** – Pontuações obtidas na dimensão de constrangimentos como consequência do cuidar.



Finalmente, na dimensão de expectativas futuras face ao cuidado, os valores variam entre 3 e 15 pontos. Obteve-se uma média de 9,67 pontos (min:3; máx:15 pontos), uma mediana de 10 e uma moda de 9 pontos. O desvio padrão é de 2,68 pontos e o coeficiente de variação tem o valor de 27,71%, indicando uma moderada dispersão de valores em torno da média de sobrecarga nesta dimensão.

Neste caso, a distribuição apresenta uma assimetria positiva, não seguindo assim a distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov:  $p=0,013$ ).

**Gráfico 11-** Pontuações obtidas na dimensão de expectativas face ao cuidado



Na tabela seguinte estão representados os valores percentuais obtidos nos diferentes itens que constituem a escala, bem como o total acumulado das classificações indicativas de sobrecarga (3-às vezes; 4-muitas vezes; 5-quase sempre). Através da sua análise pode verificar-se que os tipos de respostas que excedem os 50% são mais prevalentes na dimensão de stress psicológico, de constrangimentos como consequência do cuidar e de expectativas face ao cuidar.

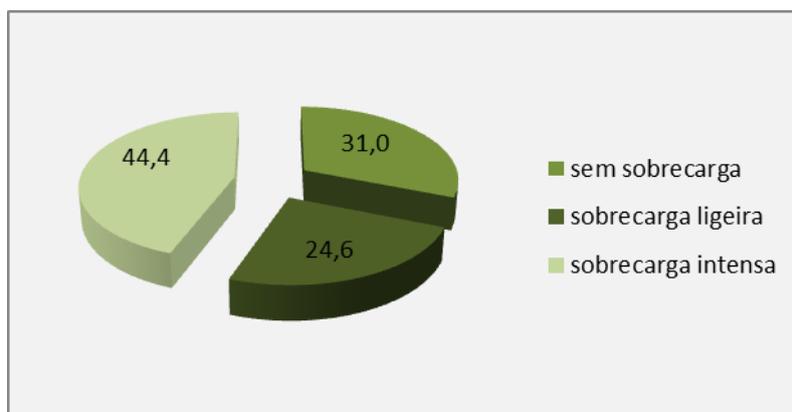
**Tabela 15** - Distribuição percentual e acumulada dos cuidadores segundo a sobrecarga

Dimensão	Questão	1*%	2*%	3*%	4*%	5*%	3+4+5%
Relacionamento interpessoal	1-sente que o seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?	31,9	19,8	33,2	10,8	4,3	48,3
	4-sente – se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?	64,2	17,7	12,9	4,7	0,4	18,0
	5-sente-se irritado(a) quando seu familiar está por perto?	57,8	22,4	14,2	4,3	1,3	19,8
	6-sente que o seu familiar afecta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	53,9	17,2	16,8	9,9	2,2	28,9
	9-sente-se tenso(a) quando seu familiar está por perto?	50,4	20,3	18,5	6,9	3,9	29,3
	13-não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar?	51,3	21,1	16,4	6,9	4,3	27,6
Stress Psicológico	3-Sente-se stressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?	19,0	11,6	39,7	23,7	6,0	<b>69,4</b>
	16- sente que será incapaz de cuidar de do seu familiar por muito mais tempo?	32,3	22,0	32,3	10,3	3,0	45,6
	17-sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?	40,1	19,0	25,9	12,1	3,0	41,0
	18-gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de do seu familiar?	40,9	11,6	33,2	10,3	3,9	47,4
	19-Sente dúvidas sobre o que fazer pelo seu familiar?	26,7	15,5	38,8	15,9	3,0	<b>57,7</b>
	22-De uma maneira geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?	20,3	11,6	37,9	21,6	8,6	<b>68,1</b>
Constrangimentos consequência do cuidar	2-sente que por causa do tempo que gasta com seu familiar, não tem tempo suficiente para si mesmo?	19,0	11,6	39,7	23,7	6,0	<b>69,4</b>
	10-sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar?	30,2	14,2	34,9	15,1	5,6	<b>55,6</b>
	11-sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do seu familiar?	33,6	18,5	22,8	17,2	7,8	47,8
	12-sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está a cuidar do seu familiar?	27,2	18,5	32,8	15,9	5,6	<b>54,3</b>
Expectativas futuras	7-sente receio pelo futuro do seu familiar?	8,6	3,4	30,2	32,8	25,0	<b>88,0</b>
	14-sente que o seu familiar espera que cuide dela/dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	12,1	9,5	24,1	25,0	29,3	<b>78,4</b>
	15-sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas?	32,8	12,5	28,4	19,8	6,5	<b>54,7</b>

\*1-Nunca; 2-Quase nunca; 3-Às vezes; 4- Bastantes vezes; 5- Quase Sempre

Procedeu-se de seguida ao cálculo dos cuidadores segundo os grupos de sobrecarga classificados de acordo com os pontos de corte previamente estabelecidos. A sua distribuição, expressa no gráfico 12, mostra que aproximadamente metade dos cuidadores (44,4%) está incluída no grupo que evidencia sobrecarga intensa. Dos restantes, 31% não evidenciam sobrecarga e 24,6% integram-se no nível de sobrecarga ligeira.

**Gráfico 12** – Distribuição dos cuidadores segundo os níveis de sobrecarga



Com o intuito de atingir a consecução do presente objectivo, analisaram-se as médias de sobrecarga global e nas diferentes dimensões, segundo variáveis de caracterização.

Iniciou-se a análise, averiguando a relação existente entre a idade e a sobrecarga global e nas distintas dimensões. Os dados da tabela 16 permitem verificar que existe uma correlação positiva baixa, mas significativa, entre a idade e o global de sobrecarga ( $r_s=0,161$ ;  $p=0,014$ ), bem como entre a idade e o stress psicológico ( $r_s=0,200$ ;  $p=0,002$ ), ou seja, perante os resultados, pode deduzir-se que quanto maior a idade maior o nível global de sobrecarga e de stress psicológico.

**Tabela 16** – Matriz das correlações entre a idade e a sobrecarga

		idade
r de Spearman	idade	1,000
	carga total	<b>,161*</b>
	interpessoal	,106
	stress psicológico	<b>,200**</b>
	constrangimentos	,075
	expectativas	,114

\* correlação significativa para um nível de significância de 0,05 e \*\*0,01

Na tabela 17 constam as diferenças de médias segundo o género. As médias de sobrecarga global, de stress psicológico, de constrangimentos e de expectativas são

superiores nos cuidadores do género feminino. No entanto, os resultados da aplicação do teste t para amostras independentes e do teste U Mann-Whitney não denotaram diferenças significativas nos níveis de sobrecarga entre os géneros. Na dimensão de relacionamento interpessoal, a sobrecarga é maior nos cuidadores do género masculino. A aplicação do teste U de Mann-Whitney, também não permitiu concluir que haja diferenças significativas nas médias de sobrecarga neste domínio entre os géneros.

**Tabela 17** – Médias de sobrecarga segundo o género

		média	T de Student	p
<b>Nível Global de Sobrecarga</b>				
<b>Género</b>	Masculino	45,19	-0,487	0,627
	Feminino	46,55		
<b>Stress Psicológico</b>				
<b>Género</b>	Masculino	14,59	-0,417	0,677
	Feminino	15,05		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>				
<b>Género</b>	Masculino	9,30	-1,483	0,148
	Feminino	10,48		
		Média do Rank	U Mann-Whitney	p
<b>Relacionamento interpessoal</b>				
<b>Género</b>	Masculino	119,22	2694,00	0,822
	Feminino	116,14		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>				
<b>Género</b>	Masculino	114,30	2708,00	0,855
	Feminino	116,79		

Na tabela18 estão expressos os valores das médias de sobrecarga global e nas diferentes dimensões segundo o grau de parentesco para com o idoso cuidado. A sua análise permite verificar que, as esposas, filhos e filhas evidenciam médias mais elevadas de sobrecarga global, por oposição às noras que constituem o grupo com valores mais baixos de sobrecarga.

Na dimensão de stress psicológico, as esposas, maridos e filhas são os grupos que apresentam médias mais elevadas neste domínio enquanto as noras e os filhos apresentam médias mais baixas.

As esposas e filhas constituem os grupos com maiores médias de constrangimentos como consequência do cuidar, por oposição aos maridos, filhos e noras que evidenciam médias mais baixas neste domínio.

As esposas, as noras e os maridos obtiveram médias mais elevadas na dimensão de relacionamento interpessoal, enquanto as filhas constituem o grupo com médias mais baixas nesta dimensão.

Finalmente, na dimensão de expectativas futuras face ao cuidar, são os filhos, as esposas e as filhas que obtiveram médias mais elevadas, enquanto os maridos obtiveram as médias mais baixas.

Apesar das diferenças obtidas na análise descritiva, a aplicação dos testes One-Way ANOVA e de Kruskal-Wallis, não confirmaram a existência de diferenças significativas nas médias de sobrecarga entre os diferentes grupos analisados

**Tabela 18** - Médias de sobrecarga segundo o grau de parentesco com o idoso cuidado

Nível Global de Sobrecarga		média	One Way ANOVA	<i>p</i>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	45,62	1,320	0,256
	Marido	44,77		
	Esposa	50,29		
	Filho	46,00		
	Nora	44,61		
	Outros	46,43		
<b>Stress Psicológico</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	14,58	2,083	0,068
	Marido	15,00		
	Esposa	16,82		
	Filho	13,77		
	Nora	13,15		
	Outros	14,19		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	10,45	1,178	0,321
	Marido	9,05		
	Esposa	11,15		
	Filho	9,77		
	Nora	9,69		
	Outros	9,65		
<b>Relacionamento interpessoal</b>		<b>Média do rank</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	109,53	2,670	0,751
	Marido	121,22		
	Esposa	125,85		
	Filho	113,00		
	Nora	125,19		
	Outros	114,12		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	113,70	6,747	0,240
	Marido	96,25		
	Esposa	127,68		
	Filho	149,67		
	Nora	112,65		
	Outros	103,63		

Analisaram-se ainda as médias de sobrecarga global e das diferentes dimensões segundo a obtenção de ajuda no cuidar. Como se pode observar na tabela 19, as médias de sobrecarga entre quem recebe ajuda no cuidar e quem não tem qualquer tipo de auxílio, são muito próximas, pelo que os testes t de Student para amostras independentes e U de Mann – Whitney, também não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de cuidadores.

**Tabela 19 - Médias de sobrecarga segundo a ajuda no cuidar**

<b>Nível Global de Sobrecarga</b>	<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	46,54	0,222	0,824
Não	46,12		
<b>Stress Psicológico</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	15,24	0,971	0,333
Não	14,54		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	10,35	0,010	0,992
Não	10,34		
<b>Relacionamento interpessoal</b>	<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	117,55	5992,00	0,745
Não	114,57		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	115,61	6016,00	0,782
Não	118,13		

A análise da diferença de médias de sobrecarga global e nas diferentes dimensões segundo as habilitações literárias dos cuidadores expressa na tabela 20, permite afirmar que os cuidadores com o ensino secundário apresentam médias mais elevadas de sobrecarga global, de stress psicológico e de constrangimentos como consequência do cuidar. No entanto, a aplicação do teste One Way ANOVA, não demonstrou a existência de diferenças significativas nas médias segundo as habilitações literárias.

Na dimensão de relacionamento interpessoal, são as pessoas não escolarizadas, ou que não concluíram qualquer ciclo de estudos que evidenciam maiores níveis de sobrecarga, enquanto na dimensão de expectativas face ao cuidar o nível de sobrecarga é mais elevado nas pessoas que possuem o 1º ciclo do ensino básico. Mas, tal como nas análises anteriores, também aqui o teste de Kruskal – Wallis não demonstrou a existência de diferenças significativas nos níveis médios de sobrecarga nestas dimensões segundo os ciclos de estudos.

**Tabela 20** – Médias de sobrecarga segundo as habilitações literárias dos cuidadores

<b>Nível Global de Sobrecarga</b>	<b>média</b>	<b>One Way ANOVA</b>	<b>p</b>
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	47,72	0,725	0,538
Ensino básico	45,23		
Ensino secundário	49,05		
Ensino superior	46,39		
<b>Stress Psicológico</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	15,7	0,977	0,404
Ensino básico	14,57		
Ensino secundário	15,95		
Ensino superior	14,46		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	10,75	2,315	0,077
Ensino básico	9,76		
Ensino secundário	11,95		
Ensino superior	10,51		
<b>Relacionamento interpessoal</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	122,28	1,018	0,797
Ensino básico	112,21		
Ensino secundário	120,36		
Ensino superior	117,36		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	114,94	1,018	0,797
Ensino básico	120,63		
Ensino secundário	111,9		
Ensino superior	108,91		

A mesma análise foi realizada quanto ao estado civil dos cuidadores e, tal como nas situações anteriores, também aqui não se verificaram diferenças significativas nas médias de sobrecarga e das diferentes dimensões segundo esta variável de caracterização (tabela 21). No entanto, em análise descritiva, os separados e/ou divorciados evidenciarem um nível mais elevado de sobrecarga global e na dimensão de relacionamento interpessoal. Na dimensão de stress psicológico, são os viúvos que apresentam maior nível de sobrecarga. Finalmente na dimensão de expectativas futuras face ao cuidar, os viúvos evidenciam níveis mais baixos de sobrecarga.

**Tabela 21** - Médias de sobrecarga segundo o estado civil

<b>Nível Global de Sobrecarga</b>		<b>média</b>	<b>One Way ANOVA</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Estado civil</b>				
	Solteiro	46,09	0,035	0,991
	Casado	46,42		
	Separado/divorciado	47,00		
	Viúvo	44,00		
<b>Stress Psicológico</b>				
<b>Estado civil</b>				
	Solteiro	15,13	0,117	0,950
	Casado	15,00		
	Separado/divorciado	14,29		
	Viúvo	16,00		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>				
<b>Estado civil</b>				
	Solteiro	10,41	0,045	0,987
	Casado	10,36		
	Separado/divorciado	10,00		
	Viúvo	10,00		
<b>Relacionamento interpessoal</b>		<b>Média do rank</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Estado civil</b>				
	Solteiro	116,75	0,663	0,882
	Casado	115,48		
	Separado/divorciado	130,32		
	Viúvo	109,75		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>				
<b>Estado civil</b>				
	Solteiro	113,23	1,443	0,696
	Casado	117,61		
	Separado/divorciado	117,07		
	Viúvo	62,50		

Os cuidadores que não exercem outra actividade ocupacional para além da função do cuidar evidenciam médias mais elevadas de sobrecarga global e em todas as dimensões da escala (tabela 22). Apesar disso, e tal como nas variáveis anteriores, também neste caso, a aplicação dos testes t de student para amostras independentes e U de Mann – Whitney não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de sobrecarga entre quem desenvolve outra actividade para além do cuidar e quem se dedica apenas ao cuidado do idoso dependente.

**Tabela 22** – Médias de sobrecarga segundo o exercício de outra actividade profissional

<b>Nível Global de Sobrecarga</b>	<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Trabalha fora de casa?</b>			
Sim	45,24	-1,041	0,299
Não	47,15		
<b>Stress Psicológico</b>			
<b>Trabalha fora de casa?</b>			
Sim	14,50	-1,156	0,249
Não	15,31		
<b>Constrangimentos como consequência do cuidar</b>			
<b>Trabalha fora de casa?</b>			
Sim	9,83	-1,645	0,101
Não	10,69		
<b>Relacionamento interpessoal</b>	<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Trabalha fora de casa?</b>			
Sim	117,71	6329,00	0,824
Não	115,71		
<b>Expectativas futuras face ao cuidar</b>			
<b>Trabalha fora de casa?</b>			
Sim	110,02	5844,00	0,230
Não	120,76		

Para se avaliar a relação existente entre o grau de dificuldade em conjugar o trabalho com o cuidado, o número de elementos do agregado familiar e o tempo de cuidado com o nível de carga global e nas quatro dimensões, recorreu-se ao teste de correlação de Spearman. Os dados expressos na tabela 23 evidenciam que o tempo de cuidado não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com nenhuma das

restantes variáveis. O grau de dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado prestado ao idoso dependente, apresenta correlação significativa com a dimensão de relacionamento interpessoal ( $r_s=0,211$ ;  $p=0,043$ ), com a de stress psicológico ( $r_s=0,251$ ;  $p=0,016$ ), com a de constrangimentos como consequência do cuidar ( $r_s=0,251$ ;  $p=0,016$ ) e de forma altamente significativa, com a de expectativas futuras face ao cuidar ( $r_s=0,272$ ;  $p=0,009$ ) e com a sobrecarga global ( $r_s=0,279$ ;  $p=0,004$ ). Assim, pode depreender-se, apesar do valor das correlações ser baixo, que quanto maior o grau de dificuldade na conjugação do trabalho com a função cuidativa, maior o nível de sobrecarga.

O número de elementos do agregado familiar apresenta correlação negativa baixa, mas altamente significativa, com a dimensão de stress psicológico ( $r_s= -0,216$ ;  $p=0,001$ ) e significativa com o global de sobrecarga ( $r_s= -0,149$ ;  $p=0,023$ ). Face aos resultados poder-se-á dizer que quanto maior o número de elementos do agregado familiar, menor o nível de stress psicológico e de sobrecarga global.

**Tabela 23** – Matriz das correlações entre o grau de dificuldade na conjugação do trabalho com as tarefas do cuidar, o agregado familiar e o tempo de cuidado e a sobrecarga

	Qual o grau de dificuldade em conjugar trabalho com cuidado?	Agregado familiar	Há quanto tempo cuida do seu familiar?
Qual o grau de dificuldade em conjugar trabalho com cuidado?	1,000		
Agregado familiar	-,015	1,000	
Há quanto tempo cuida do seu familiar?	,007	-,037	1,000
Interpessoal	,211*	-,078	,009
Stress psicológico	,251*	-,216**	,010
Constrangimentos	,251*	-,067	,002
Expectativas	,272**	-,110	-,005
Carga total	,297**	-,149*	-,002

\* correlação significativa para um nível de significância de 0,05 e \*\* para 0,01

Para finalizar este primeiro objectivo, decidiu-se ainda verificar a diferença de proporções entre os três níveis de sobrecarga e duas das características dos idosos cuidados: a dependência segundo os índices de Katz e Lawton e motivo da dependência.

Como se pode observar pela análise da tabela 24, na dependência nas actividades básicas da vida diária, existe maior número de cuidadores sem sobrecarga e com níveis de sobrecarga intensa que cuidam de idosos com dependência parcial.

No que concerne à dependência nas actividades instrumentais da vida diária, os cuidadores com os três níveis de sobrecarga distribuem-se maioritariamente pelos idosos com maior nível de dependência.

Os cuidadores de idosos dependentes devido à idade, a demências e a acidentes vasculares cerebrais apresentam maioritariamente níveis de sobrecarga ligeira e intensa. De notar que, apesar de haver 34 cuidadores com sobrecarga intensa e 15 com sobrecarga ligeira que cuidam de idosos por outras razões, tal facto não constitui motivo de valorização uma vez que neste grupo estão incluídos vários motivos de dependência.

Apesar dos valores apresentados, a aplicação do teste do Qui-quadrado, não demonstrou a existência de diferenças significativas nas proporções entre os níveis de sobrecarga segundo a dependência e segundo o motivo da mesma, parecendo indicar que as variáveis são independentes.

**Tabela 24** – Distribuição dos cuidadores segundo os níveis de sobrecarga, a dependência nas ABVD, AIVD e motivo da dependência dos idosos cuidados.

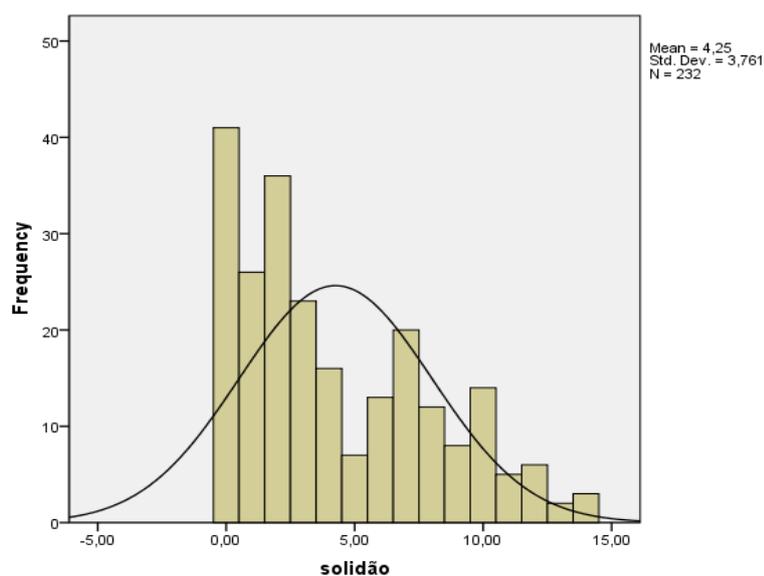
		Grupos de carga			Total	$\chi^2$	p
		sem sobrecarga	sobrecarga ligeira	sobrecarga intensa			
<b>Dependência segundo Katz</b>	<b>dependente</b>	28	23	31	82	5,838	0,212
	<b>dependência parcial</b>	29	22	57	108		
	<b>independente</b>	15	12	15	42		
<b>Dependência segundo Lawton</b>	<b>maior dependência</b>	62	48	94	204	2,045	0,360
	<b>menor dependência</b>	10	9	9	28		
<b>Motivo da dependência</b>	<b>Idade</b>	10	7	13	30	4,975	0,547
	<b>Alzheimer/demências</b>	16	19	30	65		
	<b>AVC</b>	15	16	26	57		
	<b>Outros</b>	31	15	34	80		
<b>Total</b>		72	57	103	232		

## 7.2 - Objectivo 2 - Analisar, descrever a solidão dos cuidadores informais de idosos dependentes, e verificar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado

Nesta escala, quanto maior a pontuação obtida, maior a solidão experienciada. Os cuidadores podiam atingir um mínimo de 0 pontos e um máximo de 14 com um ponto médio de 7 pontos. Globalmente, foi obtida uma média 4,25 pontos, uma mediana de 3 pontos e a moda corresponde aos 0 pontos. O desvio padrão apresenta o valor de 3,76 pontos, sendo que o coeficiente de variação calculado é de 88,47%, indicador de uma elevada dispersão dos valores em torno da média de solidão.

O gráfico 13 representa a distribuição das pontuações obtidas pelos cuidadores. A sua análise permite verificar que esta variável não segue a distribuição normal, facto ainda comprovado pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov onde foi obtido um  $p < 0,001$ .

**Gráfico 13** –Pontuações obtidas na escala de solidão



Tal como na variável anterior, também neste objectivo se procedeu à análise da solidão segundo as variáveis de caracterização, iniciando-se pela análise da correlação

entre a solidão e outras variáveis quantitativas como a idade, número de elementos do agregado familiar, tempo de cuidado e dificuldade em conjugar o trabalho com a função cuidativa (tabela 25). Os resultados obtidos evidenciam que existe correlação negativa baixa entre a solidão e o número de elementos do agregado familiar ( $r_s = -0,217$ ;  $p = 0,001$ ), correlação positiva moderada entre a solidão e a dificuldade em conjugar o trabalho com o cuidar ( $r_s = 0,315$ ;  $p = 0,002$ ) e positiva baixa com a idade ( $r_s = 0,145$ ;  $p = 0,027$ ). Perante estes resultados, parece que a solidão diminui com o número de elementos do agregado familiar e aumenta com a idade e com a dificuldade na conjugação do trabalho com a função cuidativa.

**Tabela 25** - Matriz das correlações entre a solidão e o agregado familiar, dificuldade em conjugar o trabalho, tempo de cuidado e idade

	Variáveis	solidão
r de Spearman	Solidão	1,000
	Agregado familiar	<b>-,217**</b>
	Dificuldade em conjugar trabalho com cuidado	<b>,315**</b>
	Tempo de cuidado	,129
	Idade	<b>,145*</b>

\* correlação significativa para um nível de significância de 0,05 e \*\*0,01

Na tabela 26 está expressa a comparação de médias de solidão segundo algumas variáveis sociodemográficas e de cuidado. A sua análise permite verificar que as pessoas do género feminino, que não possuem ajuda no cuidar, não trabalham fora de casa, são viúvas, com habilitações ao nível do ensino secundário e são da pessoa cuidada, apresentaram médias de solidão mais elevadas que os restantes cuidadores. No entanto, a aplicação dos testes de U Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, apenas o primeiro confirmou a existência de diferenças significativas nas médias de solidão entre quem trabalha fora de casa e quem não possui outra ocupação para além do cuidar ( $p = 0,013$ ).

**Tabela 26 - Médias de solidão segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado**

variáveis	Solidão				
	Médias dos rank	U Mann-Whitney	<i>p</i>	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
<b>Género</b>					
Masculino	97,65	258,5	0,118		
Feminino	118,98				
<b>Ajuda no cuidar</b>					
Sim	114,28	5817,0	0,493		
Não	120,56				
<b>Trabalha fora d casa?</b>					
Sim	103,05	5203,0	<b>0,013</b>		
Não	125,34				
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	144,69			7,355	0,061
Casado	111,82				
Separado/divorciado	108,71				
Viúvo	151,00				
<b>Habilitações literárias</b>					
Sem escolaridade	122,26			6,422	0,093
Ensino básico	109,67				
Ensino secundário	146,98				
Ensino superior	109,53				
<b>Parentesco</b>					
Filha	110,13			7,545	0,183
Marido	102,03				
Esposa	131,13				
Filho	86,94				
Nora	110,50				
Outros	128,96				

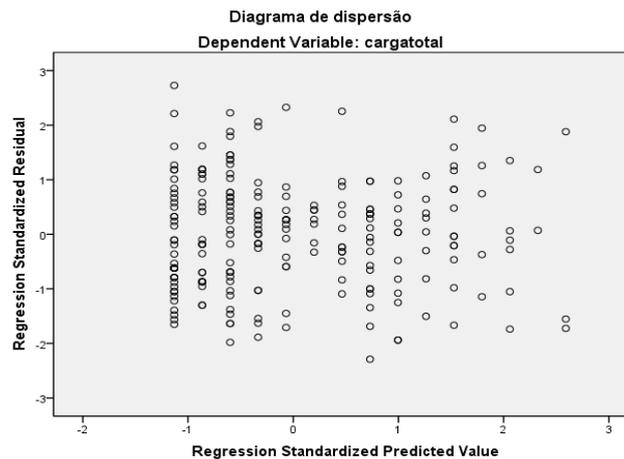
Dando continuidade à concretização do presente objectivo decidiu-se estabelecer a análise de regressão linear simples para estimar o nível de sobrecarga em função da solidão.

A análise foi iniciada com a verificação dos seguintes pressupostos:

- O coeficiente de correlação linear de Pearson obtido ( $r=0,528$ ;  $p<0,001$ ), evidencia uma relação linear positiva moderada entre as variáveis.
- A análise dos resíduos permite verificar que os erros têm uma média nula (média= 0,00000).

- O diagrama de dispersão dos resíduos estandardizados e dos valores previstos estandardizados (gráfico 14) permite verificar a homocedasticidade dos erros, já que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da recta de resíduos.

**Gráfico 14** - Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados



- Como o teste de Durbin-Watson ( $DW=1,478$ )<sup>2</sup> está próximo de 2, não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes.

- Também a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,200$ ) permitiu verificar que os erros seguem uma distribuição normal.

- Por outro lado, o teste ANOVA aplicado à significância global do modelo, permite verificar que o modelo pode ser aplicado ( $F= 88,737$ ;  $p<0,001$ ), concluindo que o modelo linear é adequado para explicar a relação entre a sobrecarga e a solidão.

Desta forma, todos os pressupostos para a realização da análise de regressão linear estão verificados.

A análise dos dados expressos na tabela 32 permite verificar que os coeficientes da recta são significativos ( constante:  $t=33,074$ ;  $p<0,001$ ; IC 95%= 35,95 a 40,505) (declive:  $t=9,42$ ;  $p<0,001$ ; IC 95% = 1,518 a 2,321) ou seja, os resultados permitem deduzir que a solidão explica significativamente a sobrecarga.

**Tabela 27** – Coeficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e a solidão

Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	38,227	1,156		33,074	<b>,000</b>	35,950	40,505
solidão	1,919	,204	,528	9,420	<b>,000</b>	1,518	2,321

Finalmente, através da análise do modelo, pode ainda deduzir-se que existe uma relação moderada entre a sobrecarga e a solidão ( $R=0,528$ ) e que 27,8% da variação do nível de sobrecarga é explicada pela solidão ( $R^2= 0,278$ ). O modelo explica 27,5% da variação do nível de sobrecarga ( $R^2_{ajustado}= 0,275$ ). A análise permite ainda verificar que, quando a solidão aumenta um ponto, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,5 pontos ( $\beta= 0,528$ )

**Tabela 28** – Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e a solidão

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	SE	Durbin-Watson
1	,528 <sup>a</sup>	,278	,275	11,64670	1,478

7.3 - Objectivo 3- Identificar quais os estereótipos acerca do idoso, mais prevalentes nos cuidadores informais de idosos dependentes, e analisar a sua relação com a sobrecarga e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado

Na concretização do objectivo três, começou-se por se estudar a prevalência dos diferentes estereótipos. A sua distribuição percentual apresentada em percentagem acumulada de respostas concordantes e discordantes, está patente na tabela 37. Destaca-se a prevalência de respostas discordantes em relação aos estereótipos negativos questionados. Apesar disso, salienta-se a preponderância de respostas concordantes com os seguintes estereótipos;

- Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência – 85,3%
- As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens – 81,5%
- Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância – 77,6%
- Quando vejo rugas da pele, lembra-me a velhice – 66,8%
- Velhice é sinónimo de decadência física – 65,5%
- As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações – 50,4%

Pode ainda verificar-se que, na dimensão estereotipia de declínio social e cognitivo, predominam respostas discordantes com os estereótipos que a integram. Na dimensão estereotipia de declínio bio-psicológico, existem três estereótipos com maior percentual de respostas discordantes e dois em que prevalecem as respostas concordantes. Na dimensão estereotipia de declínio psicológico e dependência, é claro o domínio de maior número de estereótipos com respostas concordantes. Finalmente, na dimensão estereotipia de declínio biológico, verifica-se uma divisão equitativa nos estereótipos com maior percentual de respostas concordantes e discordantes, apesar de a

diferença de percentual ser maior no número de respostas concordantes num estereótipo que no outro.

**Tabela29** – Prevalência de estereótipos negativos

	Resp. discordantes		Resp. Concordantes		
	N	%	N	%	
Declínio social e cognitivo	1. Velhice representa não ter nada para fazer	192	82,8	40	17,2
	2. Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas	188	81,0	44	19,0
	4. As pessoas idosas não podem ser muito úteis à sociedade	176	75,9	56	24,1
	5. Pensar em velhice significa pensar em abandono social	152	65,5	80	34,5
	6. . As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza	150	64,7	82	35,3
	16. Os idosos não podem ser bons cuidadores de crianças	168	72,4	64	27,6
	17. As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes	153	65,9	79	34,1
Declínio bio – psicológico	13. Velhice é sinónimo de decadência física	80	34,5	152	65,5
	15. As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual.	143	61,6	89	38,4
	18. As pessoas idosas não são poços de sabedoria.	178	76,7	54	23,3
	19. As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual	119	51,3	113	48,7
	20. As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações	115	49,6	117	50,4
Declínio psicológico e dependência	3. As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes	134	57,8	98	42,2
	7. As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens	43	18,5	189	81,5
	9. Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência	34	14,7	198	85,3
	10. Entrar na etapa da velhice significa retornar a infância	52	22,4	180	77,6
Declínio biológico	11. Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice	77	33,2	155	66,8
	12. Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos, bengala	124	53,4	108	46,6
	14. Pensar na velhice, significa pensar na morte	120	51,7	112	48,3

Dando continuidade ao desta temática, estabelece-se em seguida a análise dos estereótipos segundo as variáveis de caracterização dos cuidadores, começando pela análise da correlação existente entre as variáveis quantitativas estudadas (tabela 30). Da sua leitura pode depreender-se que quanto mais elevada é a idade dos cuidadores, maior a prevalência de estereotipia de declínio cognitivo e social ( $r_s=0,262$ ,  $p<0,001$ ), de declínio físico e cognitivo ( $r_s=0,287$ ,  $p<0,001$ ), de declínio biológico ( $r_s=0,338$ ,  $p<0,001$ ) e de estereótipos totais ( $r_s=0,325$ ,  $p<0,001$ ). Quanto maior é o número de elementos do agregado familiar menor a prevalência de estereotipia de declínio cognitivo e social ( $r_s=-0,151$ ,  $p=0,021$ ), de declínio físico e cognitivo ( $r_s=-0,229$ ,  $p<0,001$ ), de declínio biológico ( $r_s=-0,283$ ,  $p<0,001$ ) e de estereótipos totais ( $r_s=-0,208$ ,  $p=0,001$ ). A dificuldade em conjugar o trabalho com a função cuidativa, apenas se correlaciona de forma positiva e significativa com a estereotipia de declínio biológico ( $r_s=0,273$ ,  $p=0,009$ ), parecendo evidenciar que quanto maior a dificuldade na conjugação das duas tarefas, maior a prevalência deste domínio.

**Tabela 30** – Matriz das correlações entre os estereótipos e: idade, agregado familiar, dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado e tempo de cuidado

	idade	Agregado familiar	qual o grau de dificuldade em conjugar trabalho com cuidado?	Há quanto tempo cuida do seu familiar?
E Cognitivo e social	,262**	-,151*	,072	,017
E D Físico e cognitivo	,287**	-,229**	,181	,043
E D Psicológico	,077	-,024	-,049	,058
E D Biológico	,338**	-,283**	,273**	,054
Total da Escala de estereótipos	,325**	-,208**	,171	,049

\* correlação significativa para um nível de significância de 0,05 e \*\* para 0,01

Os dados da tabela 31 são representativos das médias obtidas na escala global de estereótipos e nas diferentes dimensões segundo o género. A sua análise permite

verificar que em média, os homens apresentam médias de estereótipos mais elevadas no global da escala e em todas as dimensões à exceção da estereotipia de declínio psicológico. Apesar disso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 31** – Médias da escala de estereótipos segundo o género

<b>Total de estereótipos</b>		<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>				
	Masculino	46,59	0,537	0,592
	Feminino	45,71		
<b>Estereotipia declínio cognitivo e social</b>		<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>				
	Masculino	133,78	2301,00	0,153
	Feminino	114,22		
<b>Estereotipia declínio físico e cognitivo</b>				
<b>Género</b>				
	Masculino	132,13	2345,50	0,195
	Feminino	114,44		
<b>Estereotipia declínio psicológico</b>				
<b>Género</b>				
	Masculino	102,87	2399,50	0,252
	Feminino	118,30		
<b>Estereotipia declínio biológico</b>				
<b>Género</b>				
	Masculino	125,09	2743,50	0,941
	Feminino	115,37		

Na tabela 32 estão expressos os resultados da análise da comparação de médias do total estereótipos e das dimensões resultantes da escala, segundo o exercício de outra ocupação para além do cuidar. A sua análise permite deduzir que, quem não exerce outra ocupação fora de casa, apresenta médias mais elevadas de estereótipos. É ainda possível verificar que as diferenças nas médias são estatisticamente significativas no global da escala ( $t=-3,813$ ;  $p<0,001$ ) e nas dimensões: estereotipia de declínio cognitivo e social (U Mann-Whitney =5223,50;  $p=0,014$ ); estereotipia de declínio físico e cognitivo (U Mann-Whitney =4620,00;  $p<0,001$ ) e estereotipia de declínio biológico (U Mann-Whitney =4782,50;  $p=0,001$ ).

**Tabela 32** – Médias de estereótipos segundo o exercício de outra ocupação

<b>Total de estereótipos</b>		<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Trabalha fora de casa?</b>				
	Sim	43,41	-3,813	<b>&lt;0,001</b>
	Não	47,39		
<b>Estereotipia declínio cognitivo e social</b>		<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>P</b>
<b>Trabalha fora de casa?</b>				
	Sim	103,28	5223,50	<b>0,014</b>
	Não	125,19		
<b>Estereotipia declínio físico e cognitivo</b>				
<b>Trabalha fora de casa?</b>				
	Sim	96,72	4620,00	<b>&lt;0,001</b>
	Não	129,50		
<b>Estereotipia declínio psicológico</b>				
<b>Trabalha fora de casa?</b>				
	Sim	106,21	5493,50	0,053
	Não	123,34		
<b>Estereotipia declínio biológico</b>				
<b>Trabalha fora de casa?</b>				
	Sim	96,82	4782,50	<b>0,001</b>
	Não	129,43		

Aqueles que são maridos ou esposas da pessoa cuidada apresentam médias globais de estereótipos mais elevadas que os restantes cuidadores que possuem outros laços de parentesco com o idoso ( $p < 0,001$ ). Na análise Post Hoch com a aplicação do teste de Scheffé, este não conseguiu individualizar nenhum grupo, ou conjunto de grupos, aos quais fossem devidas as diferenças verificadas.

Os maridos e esposas, evidenciaram simultaneamente médias mais elevadas em todas as dimensões subsequentes à escala de estereótipos. A aplicação do teste de Kruskal-Wallis comprovou a existência de diferenças significativas nas médias dos diferentes grupos, à excepção da dimensão de estereotipia declínio psicológico ( $p = 0,237$ )

**Tabela 33** – Médias de estereótipos segundo o grau de parentesco

<b>Total de estereótipos</b>		<b>média</b>	<b>One-Way ANOVA</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	44,47	5,812	<b>&lt;0,001</b>
	Marido	48,38		
	Esposa	49,89		
	Filho	43,00		
	Nora	42,61		
	Outros	45,77		
<b>Estereotipia declínio cognitivo e social</b>				
		<b>Média do Rank</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	107,32	20,144	<b>0,001</b>
	Marido	150,78		
	Esposa	140,24		
	Filho	97,78		
	Nora	101,96		
	Outros	88,15		
<b>Estereotipia declínio físico e cognitivo</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	105,62	18,500	<b>0,002</b>
	Marido	135,06		
	Esposa	143,47		
	Filho	125,00		
	Nora	90,96		
	Outros	95,12		
<b>Estereotipia declínio psicológico</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	110,69	6,789	0,237
	Marido	115,11		
	Esposa	131,11		
	Filho	78,28		
	Nora	115,54		
	Outros	118,83		
<b>Estereotipia declínio biológico</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	106,32	25,420	<b>&lt;0,001</b>
	Marido	128,64		
	Esposa	150,69		
	Filho	89,50		
	Nora	86,31		
	Outros	95,40		

As pessoas que não obtêm ajuda no cuidar evidenciam médias mais elevadas em todas as dimensões à exceção da estereotipia de declínio biológico. No global da

escala, as médias obtidas são semelhantes dos dois grupos estudados. Apesar disso, não foi obtida evidência estatística para as diferenças nas médias obtidas (tabela 34)

**Tabela 34** – Médias de estereótipos segundo a obtenção de ajuda no cuidar

<b>Total de estereótipos</b>	<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	45,77	-0,123	0,902
Não	45,90		
<b>Estereotipia declínio cognitivo e social</b>	<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	113,82	5747,50	0,408
Não	121,41		
<b>Estereotipia declínio físico e cognitivo</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	114,74	5886,00	0,586
Não	119,72		
<b>Estereotipia declínio psicológico</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	113,82	5748,00	0,401
Não	121,40		
<b>Estereotipia declínio biológico</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	120,08	5613,50	0,266
Não	109,96		

Estabeleceu-se ainda a análise da diferença de médias de estereótipos segundo o estado civil dos cuidadores informais de idosos dependentes. Os resultados presentes na tabela 35, conduzem à constatação que as pessoas viúvas obtiveram médias mais elevadas tanto no global da escala, como em todas as dimensões dela subjacentes. No entanto, as diferenças obtidas não são estatisticamente significativas, à exceção das médias de estereotipia de declínio psicológico (Kruskal-Wallis=9,759;  $p=0,021$ ).

**Tabela 35 – Médias de estereótipos segundo o estado civil**

<b>Total de estereótipos</b>	<b>média</b>	<b>One-Way ANOVA</b>	<b>p</b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	43,84	1,536	0,206
Casado	46,30		
Separado/divorciado	43,28		
Viúvo	50,00		
<b>Estereotipia declínio cognitivo e social</b>			
<b>Média do Rank</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	110,88	0,893	0,827
Casado	116,60		
Separado/divorciado	123,18		
Viúvo	150,75		
<b>Estereotipia declínio físico e cognitivo</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	109,27	4,673	0,197
Casado	119,67		
Separado/divorciado	85,32		
Viúvo	159,00		
<b>Estereotipia declínio psicológico</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	93,13	9,759	<b>0,021</b>
Casado	122,93		
Separado/divorciado	82,43		
Viúvo	137,25		
<b>Estereotipia declínio biológico</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	99,77	4,843	0,205
Casado	120,08		
Separado/divorciado	99,89		
Viúvo	171,50		

Finalmente, estabeleceu-se a mesma comparação de médias segundo as habilitações literárias dos cuidadores (tabela 36). Os resultados obtidos permitem verificar que as pessoas não escolarizadas e com habilitações literárias mais baixas apresentam médias de estereótipos mais elevadas. A aplicação dos testes One-Way Anova e de Kruskal-Wallis, confirmaram a existência de diferenças significativas nas médias de estereótipos segundo as habilitações literárias dos cuidadores. No caso das médias totais de estereótipos, e após a aplicação do teste de Scheffe, verificou-se que essas diferenças são devidas às médias obtidas pelas pessoas com habilitações ao nível

do ensino secundário e superior em comparação com as do ensino básico e não escolarizadas.

**Tabela 36** – Médias de estereótipos segundo as habilitações literárias

<b>Total de estereótipos</b>	<b>média</b>	<b>One-Way ANOVA</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	49,40	11,791	<b>&lt;0,001</b>
Ensino básico	46,02		
Ensino secundário	41,76		
Ensino superior	41,00		
<b>Estereotípa declínio cognitivo e social</b>			
	<b>Média do Rank</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	139,03	24,102	<b>&lt;0,001</b>
Ensino básico	121,52		
Ensino secundário	77,10		
Ensino superior	82,87		
<b>Estereotípa declínio físico e cognitivo</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	143,16	20,069	<b>&lt;0,001</b>
Ensino básico	115,09		
Ensino secundário	84,69		
Ensino superior	91,34		
<b>Estereotípa declínio psicológico</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	132,02	11,336	<b>0,010</b>
Ensino básico	114,70		
Ensino secundário	80,36		
Ensino superior	95,86		
<b>Estereotípa declínio biológico</b>			
<b>Habilitações literárias</b>			
Sem escolaridade	145,40	17,005	<b>0,001</b>
Ensino básico	118,98		
Ensino secundário	77,64		
Ensino superior	79,04		

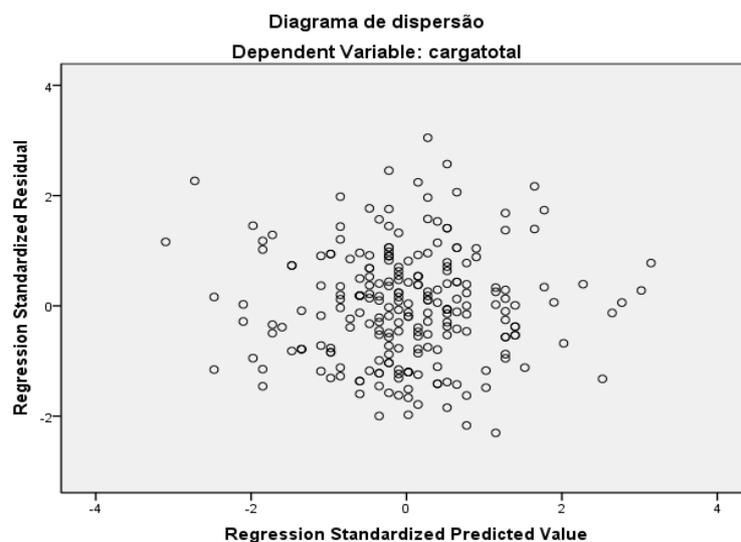
Uma vez analisados os estereótipos negativos na amostra de cuidadores estudados, decidiu-se verificar se existe uma relação linear entre o nível global de sobrecarga e o global de estereótipos negativos. Tal como para o objectivo anterior, começou-se por testar os pressupostos:

- O coeficiente de correlação linear de Pearson obtido ( $r=0,339$ ;  $p<0,001$ ), evidencia uma relação linear positiva baixa mas altamente significativa entre as variáveis.

- A análise dos resíduos permite verificar que os erros têm uma média nula (média= 0,00000).

- O diagrama de dispersão dos resíduos estandardizados e dos valores previstos estandardizados (gráfico 15) permite verificar a homocedasticidade dos erros, já que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da recta de resíduos.

**Gráfico 15-** Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados



- Como o teste de Durbin-Watson ( $DW=1,345$ )<sup>2</sup> está próximo de 2, não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes.

- Também a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,200$ ) permitiu verificar que os erros seguem uma distribuição normal.

- Por outro lado, o teste ANOVA aplicado à significância global do modelo, permite verificar que o mesmo pode ser aplicado ( $F= 29,805$ ;  $p<0,001$ ), concluindo que o modelo linear é adequado para explicar a relação entre a sobrecarga e os estereótipos.

Desta forma, todos os pressupostos para a realização da análise de regressão linear simples estão verificados.

A análise dos dados expressos na tabela 37 permite verificar que os coeficientes da recta são significativos (constante:  $t=4,027$ ;  $p < 0,001$ ; IC 95%= 10,145 a 29,582) (declive:  $t= 5,459$ ;  $p < 0,001$ ; IC 95% = 0,370 a 0,788) ou seja, os resultados permitem deduzir que os estereótipos explicam significativamente o nível de sobrecarga.

**Tabela 37** – Coeficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de estereótipos

Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	19,863	4,933		4,027	<b>,000</b>	10,145	29,582
Estereot. total	,579	,106	,339	5,459	<b>,000</b>	,370	,788

Finalmente, através da análise do modelo, pode ainda deduzir-se que existe uma relação baixa entre a sobrecarga e os estereótipos ( $R=0,339$ ) e que 11,5% da variação do nível de sobrecarga é explicada pelos estereótipos ( $R^2= 0,115$ ). O modelo explica 11,1% da variação do nível de sobrecarga ( $R^2_{ajustado}= 0,111$ ). Pode ainda verificar que, quando os estereótipos aumentam um ponto, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,3 pontos ( $\beta= 0,339$ )

**Tabela 38** – Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e o global de estereótipos

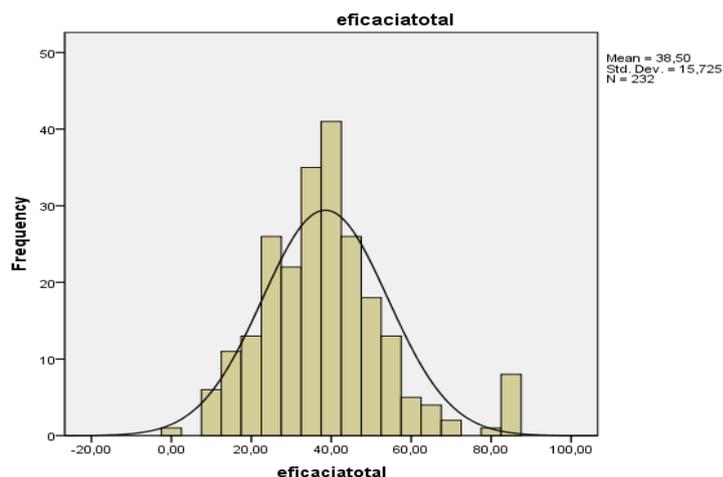
Modelo	R	$R^2$	$R^2$ Ajustado	SE	Durbin-watson
1	,339 <sup>a</sup>	,115	,111	12,90016	1,345

#### 7.4 – Objectivo 4 - Determinar o nível de auto-eficácia nos cuidadores informais de idosos dependentes e analisar a sua relação com a sobrecarga do cuidador e com as variáveis sociodemográficas e de cuidado

Na escala global de auto-eficácia o nível máximo a atingir corresponde a 88 pontos e o mínimo a zero sendo de 44 o ponto médio da escala. A amostra de cuidadores estudada apresenta um nível médio de auto-eficácia de 38,48 (min 0; máx 87), uma moda de 40 e uma mediana de 38. O desvio padrão é de 15,7 e o coeficiente de variação calculado (40,8%), indicativo de uma elevada dispersão dos valores em torno da média dos níveis de auto-eficácia. Desta feita, no global da escala, as medidas de tendência central calculadas apresentam maior valor absoluto que o ponto médio da escala, apontando para níveis medianos de auto – eficácia global.

O gráfico 16 representativo da distribuição das pontuações da escala, permite constatar que esta variável segue a distribuição normal, facto também comprovado pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,103$ ).

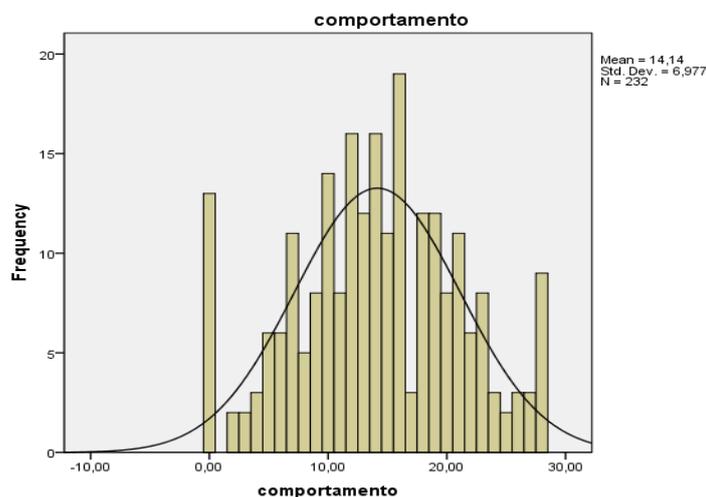
**Gráfico 16** – Pontuações obtidas na escala global de auto-eficácia do cuidador



Na dimensão Auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada o nível máximo a atingir é de vinte e oito e um mínimo de zero pontos, com um ponto médio de 14 pontos. Obteve-se uma média de 14,14 pontos, uma mediana de 14 e uma moda de 16 pontos. O desvio padrão apresenta o valor de 6,98

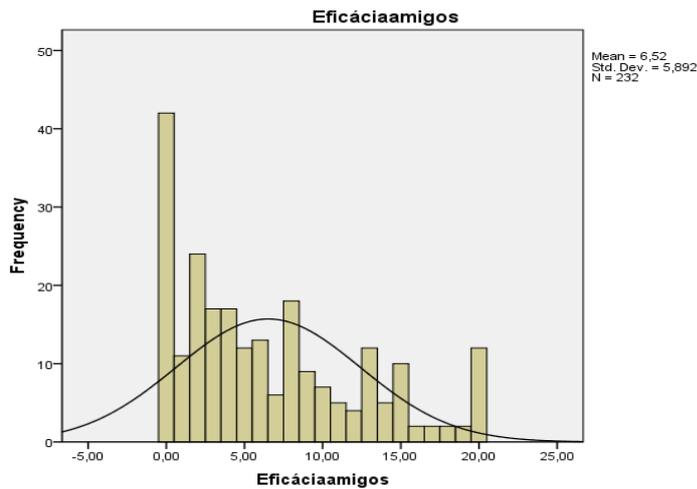
pontos e o coeficiente de variação calculado é de 49,36%, indicativo de uma elevada dispersão de valores em torno da média de pontuações. Genericamente, pode afirmar-se que, nesta dimensão, os cuidadores evidenciam também um nível mediano auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. No gráfico 17 está representada a distribuição dos cuidadores segundo as pontuações obtidas nesta dimensão. Como se pode verificar, a sua distribuição é bastante próxima da normalidade. A aplicação do teste de Kolmogorov – Smirnov vem comprovar que a variável segue uma distribuição normal ( $p= 0,603$ ).

**Gráfico 17** – Pontuações de AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada



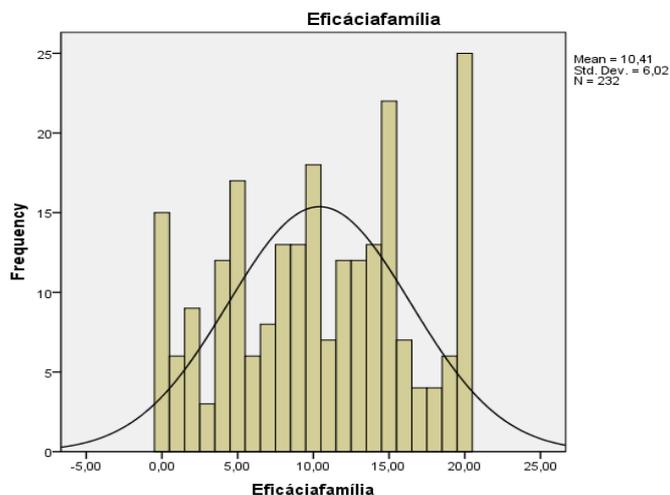
Na dimensão auto – eficácia para obtenção de uma pausa junto dos amigos, os cuidadores podiam conseguir um máximo de vinte pontos e um mínimo de zero, com um ponto médio de 10. Obtiveram-se valores para a média de 6,52 pontos, mediana de 5, e moda de zero pontos. O desvio padrão apresenta o valor de 5,89 pontos e o coeficiente de variação calculado é de 90,3% representando uma elevadíssima dispersão de valores em torno da média de classificação. Os valores obtidos parecem indicar que os cuidadores questionados apresentam baixos níveis de auto – eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos. A distribuição das pontuações obtidas expressas no gráfico 18 demonstram claramente que a variável não segue uma distribuição normal, facto ainda comprovado pela aplicação do teste de Kolmogorov – Smirnov ( $p<0,001$ ).

**Gráfico 18** – Pontuações de AE para a obtenção de uma pausa junto dos amigos



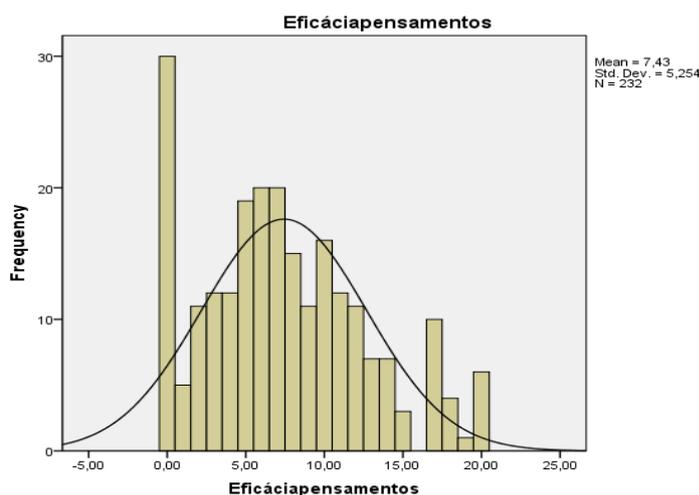
Na dimensão Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares (mínimo: 0 pontos; máximo 20 pontos; ponto médio 10 pontos), obteve-se uma média de 10,4 pontos, uma mediana de 10 pontos e uma moda correspondente à pontuação máxima possível. O desvio padrão apresenta o valor de 6,02 pontos e o coeficiente de variação calculado é de 57,88% demonstrando uma elevada dispersão de valores em torno da média de pontuações. Assim, poder-se-á inferir que na presente dimensão, os cuidadores evidenciam níveis medianos de auto – eficácia. A distribuição das pontuações obtidas (gráfico 19) é bastante heterogênea. No entanto a aplicação do teste de Kolmogorov – Smirnov veio demonstrar que a variável segue uma distribuição normal ( $p=0,084$ ).

**Gráfico 19** – Pontuações de AE para a obtenção de uma pausa junto dos familiares



Finalmente, na dimensão Auto – eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar (mínimo: 0 pontos; máximo 20 pontos; ponto médio 10 pontos), foi obtida uma média de 7,43 pontos e uma mediana de 7, correspondendo a moda a 0 pontos. O desvio padrão tem o valor de 5,25 pontos e o coeficiente de variação é de 70,66% indicando uma dispersão muito elevada de valores em torno da média de pontuações. Os valores obtidos sugerem que os cuidadores apresentam níveis baixos de auto – eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar. Esta variável apresenta uma distribuição próxima da normal (Kolmogorov – Smirnov:  $p=0,052$ ), facto passível de comprovar-se, também, pela análise do gráfico 20.

**Gráfico 20** – Pontuações de AE para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar



Após a análise da distribuição dos cuidadores segundo as pontuações obtidas na escala e nas dimensões a ela subjacentes, passa-se de seguida à análise das mesmas segundo as variáveis de caracterização utilizadas nos objectivos anteriores. Inicia-se assim pela análise da correlação existente entre os diversos níveis de auto-eficácia e as variáveis quantitativas envolvidas no estudo e expressa na tabela 39. A sua análise indica a ausência de correlação entre as variáveis envolvidas à excepção do número de elementos do agregado familiar que apresenta correlações baixas mas significativas com a auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos ( $r=0,135$ ;  $p=0,040$ ), com a auto-

eficácia para obter uma junto dos familiares ( $r=0,212$ ;  $p=0,001$ ) e com o global da escala de auto-eficácia ( $r=0,145$ ;  $p=0,027$ ).

**Tabela 39** - Correlações entre a auto-eficácia e: idade, agregado familiar, dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado e tempo de cuidado

	idade	Agregado familiar	Qual o grau de dificuldade em conjugar trabalho com cuidado?	Há quanto tempo cuida do seu familiar?
AE Responder a comportamentos	-0,054	0,067	-0,16	0,107
AE obter ajuda junto dos amigos	-0,071	0,135*	0,126	0,098
AE obter ajuda junto dos familiares	-0,091	0,212**	0,043	-0,037
AE controlar pensamentos	0,076	-0,049	-0,108	0,116
Total da escala de AE	-0,060	0,145*	-0,056	0,109

Tal como nos objectivos anteriores, analisaram-se também as diferenças de médias de auto-eficácia segundo as mesmas variáveis de caracterização. Na tabela 40 estão representados os resultados relativos às médias de auto-eficácia segundo o género dos cuidadores. Através da sua análise é possível verificar que as mulheres evidenciam médias de auto-eficácia global e em todas as dimensões da escala que os homens. A aplicação do teste t de Student para amostras independentes, confirmou a existência de diferenças significativas nas médias de auto-eficácia global ( $p=0,012$ ) e nas dimensões de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $p=0,019$ ) e auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da família ( $p=0,025$ ).

**Tabela 40** – Médias de auto-eficácia segundo o género dos cuidadores

<b>Nível Global de Auto-eficácia</b>		<b>média</b>	<b>T de Student</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>	Masculino	31,41	-2,520	<b>0,012</b>
	Feminino	39,43		
<b>AE responder a comportamentos</b>				
<b>Género</b>	Masculino	11,19	-2,36	<b>0,019</b>
	Feminino	14,53		
<b>AE obter pausa junto da família</b>				
<b>Género</b>	Masculino	7,96	-2,262	<b>0,025</b>
	Feminino	10,73		
<b>AE controlar pensamentos</b>				
<b>Género</b>	Masculino	7,07	-0,375	0,708
	Feminino	7,48		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>		<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>	Masculino	93,28	2140,5	0,055
	Feminino	119,56		

Os cuidadores que exercem outra actividade profissional para além do cuidar (tabela 41), evidenciam médias de auto-eficácia mais elevadas que aqueles cuja única actividade é o cuidar do familiar dependente. Apesar disso, a aplicação dos testes t de Student e U de Mann-Whitney não comprovaram a existência de diferenças significativas nas médias de auto-eficácia nos dois grupos de cuidadores informais de idosos dependentes.

**Tabela 41** – Médias de auto-eficácia segundo a actividade desenvolvida

<b>Nível Global de Auto-eficácia</b>	<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	40,42	1,518	0,130
Não	37,23		
<b>AE responder a comportamentos</b>			
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	14,45	0,555	0,579
Não	13,94		
<b>AE obter pausa junto da família</b>			
<b>Trabalha fora de casa</b>	11,23	1,718	0,087
Sim	9,86		
Não			
<b>AE controlar pensamentos</b>			
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	7,45	0,034	0,973
Não	7,42		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>	<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	124,96	5662,0	0,118
Não	110,94		

Os cuidadores que obtêm ajuda no cuidar apresentam médias mais elevadas de auto-eficácia global e de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, enquanto os que não obtêm ajuda evidenciam médias mais elevadas de auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos (tabela 42). Apesar dessas constatações na análise descritiva, posteriormente a aplicação dos testes t de Student para amostras independentes e U de Mann-Whitney, não confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos dois grupos.

**Tabela 42** – Médias de auto-eficácia segundo a obtenção de ajuda no cuidar

<b>Nível Global de Auto-eficácia</b>	<b>média</b>	<b>t de Student</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	37,46	-1,359	0,175
Não	40,39		
<b>AE responder a comportamentos</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	14,27	0,367	0,714
Não	13,91		
<b>AE obter pausa junto da família</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	10,13	-0,953	0,342
Não	10,91		
<b>AE controlar pensamentos</b>			
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	7,20	-0,906	0,366
Não	7,85		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>	<b>Média do Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Tem ajuda no cuidar?</b>			
Sim	111,21	5357,0	0,103
Não	126,17		

Os cuidadores casados apresentam médias de auto-eficácia global e em todas as dimensões da escala mais elevadas que os restantes cuidadores. Posteriormente, a aplicação dos testes One Way ANOVA e Kruskal Wallis confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de auto-eficácia global ( $p=0,029$ ) e nas dimensões auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $p=0,037$ ), auto-eficácia para obtenção de uma pausa junto da família ( $p=0,001$ ) e para obter uma pausa junto dos amigos ( $p=0,037$ ) segundo o estado civil. (tabela 43)

Na análise Post Hoc, a aplicação do teste de Scheffe, não identificou nenhum grupo de cuidadores que fosse responsável pela diferença de médias observada.

**Tabela 43** - Médias de auto-eficácia segundo o estado civil

<b>Nível Global auto-eficácia</b>	<b>média</b>	<b>One Way ANOVA</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	31,31	3,056	<b>0,029</b>
Casado	39,84		
Separado/divorciado	38,64		
Viúvo	28,00		
<b>AE responder a comportamentos</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	12,94	2,881	<b>0,037</b>
Casado	14,73		
Separado/divorciado	9,71		
Viúvo	10,50		
<b>AE obter pausa junto da família</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	6,84	5,536	<b>0,001</b>
Casado	10,84		
Separado/divorciado	13,21		
Viúvo	7,50		
<b>AE controlar pensamentos</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	6,87	2,123	0,098
Casado	7,78		
Separado/divorciado	4,86		
Viúvo	2,50		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>			
<b>Média do rank</b>			
<b>Kruskal-Wallis</b>			
<b><i>p</i></b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	94,84	8,488	<b>0,037</b>
Casado	116,99		
Separado/divorciado	155,39		
Viúvo	145,25		

Os cuidadores que possuem o ensino básico evidenciam médias mais elevadas de auto-eficácia global, de auto-eficácia para obter uma pausa junto da família e dos amigos e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, enquanto na dimensão auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, são os cuidadores que possuem o ensino superior que apresentam médias mais elevadas (tabela 44).

A aplicação dos testes One Way ANOVA e de Kruskal Wallis apenas comprovaram a existência de diferenças significativas nas médias de auto-eficácia global ( $p=0,040$ ) e de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da

pessoa cuidada ( $p=0,014$ ) entre os grupos de escolaridade do cuidador. O teste de Scheffe evidenciou que na auto-eficácia global essas diferenças se devem aos grupos de cuidadores com o ensino secundário e ensino básico, enquanto na auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, as diferenças são devidas aos grupos de cuidadores com o ensino secundário e superior.

**Tabela 44** – Médias de auto-eficácia segundo a escolaridade do cuidador

<b>Nível Global auto-eficácia</b>	<b>média</b>	<b>One Way ANOVA</b>	<b>p</b>
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	36,88	2,809	<b>0,040</b>
Ensino básico	40,61		
Ensino secundário	30,52		
Ensino superior	39,49		
<b>AE responder a comportamentos</b>			
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	13,36	3,613	<b>0,014</b>
Ensino básico	14,44		
Ensino secundário	10,76		
Ensino superior	16,66		
<b>AE obter pausa junto da família</b>			
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	9,81	1,980	0,118
Ensino básico	11,19		
Ensino secundário	8,00		
Ensino superior	10,43		
<b>AE controlar pensamentos</b>			
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	7,20	1,191	0,314
Ensino básico	8,04		
Ensino secundário	6,33		
Ensino superior	6,54		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>			
<b>Média do rank</b>			
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	114,66	1,502	0,682
Ensino básico	121,57		
Ensino secundário	108,29		
Ensino superior	108,59		

As filhas, esposas e noras apresentam médias mais elevadas de auto-eficácia global e em todas as dimensões à excepção da auto-eficácia para obter uma pausa junto

dos amigos que os restantes cuidadores (tabela 45). Apesar das diferenças os testes One-Way ANOVA ou Kruskal-Wallis, apenas identificaram significado estatístico nas diferenças de médias de auto-eficácia global segundo os graus de parentesco ( $p=0,048$ ).

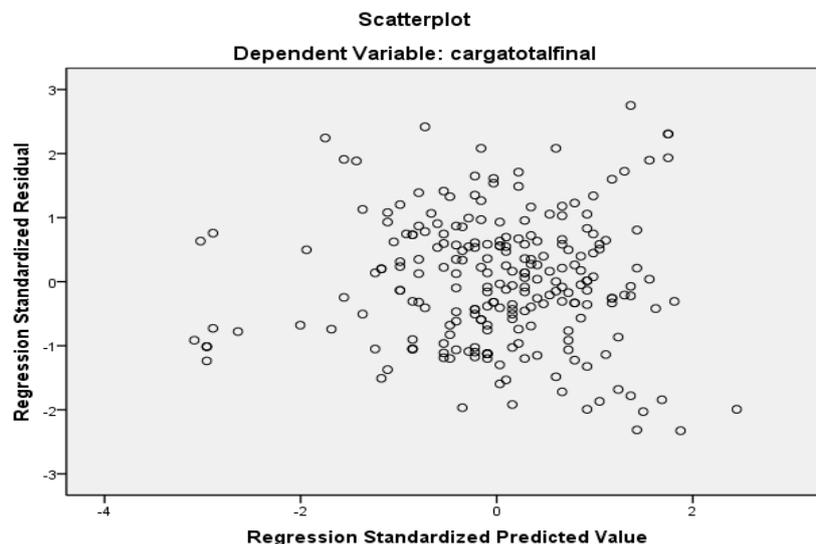
**Tabela 45** – Médias de auto-eficácia segundo o grau de parentesco do cuidador

<b>Nível Global auto-eficácia</b>		<b>média</b>	<b>One Way ANOVA</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	41,04	2,278	<b>0,048</b>
	Marido	31,22		
	Esposa	38,75		
	Filho	31,77		
	Nora	40,61		
	Outros	33,57		
<b>AE responder a comportamentos</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	15,25	1,759	0,122
	Marido	11,33		
	Esposa	14,00		
	Filho	10,88		
	Nora	15,07		
	Outros	13,00		
<b>AE obter pausa junto da família</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	11,02	1,961	0,085
	Marido	7,44		
	Esposa	10,70		
	Filho	9,00		
	Nora	12,00		
	Outros	8,53		
<b>AE controlar pensamentos</b>				
<b>Parentesco</b>				
	Filha	7,74	0,638	0,671
	Marido	7,33		
	Esposa	7,82		
	Filho	6,55		
	Nora	7,53		
	Outros	5,88		
<b>AE obter pausa junto dos amigos</b>		<b>Média do rank</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Parentesco</b>				
	Filha	124,39	5,774	0,329
	Marido	95,08		
	Esposa	116,20		
	Filho	89,56		
	Nora	99,69		
	Outros	112,50		

Uma vez analisados os níveis de auto-eficácia global e nas diferentes dimensões da escala evidenciados pela amostra de cuidadores estudados, decidiu-se verificar se existe uma relação linear entre o nível global de sobrecarga e o global de auto-eficácia. Para tal, e como efectuado nos objectivos anteriores, começou-se por verificar se todos os pressupostos se verificam:

- O coeficiente de correlação linear de Pearson obtido ( $r = -0,192$ ;  $p < 0,001$ ), evidencia uma relação linear negativa baixa mas altamente significativa entre as variáveis.
- A análise dos resíduos permite verificar que os erros têm uma média nula (média = 0,00000).
- O diagrama de dispersão dos resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados (gráfico 21) permite verificar a homocedasticidade dos erros, já que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da recta de resíduos.

**Gráfico 21** - Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados



- Como o teste de Durbin-Watson ( $DW = 1,398$ )<sup>2</sup> está próximo de 2, não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes.
- A aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p = 0,200$ ) permitiu verificar que os erros seguem uma distribuição normal.

- Por outro lado, o teste ANOVA aplicado à significância global do modelo, permite verificar que o modelo pode ser aplicado (  $F= 8,772$ ;  $p=0,003$ ), concluindo que o modelo linear é adequado para explicar a relação entre a sobrecarga e o nível global de auto-eficácia.

Desta forma, todos os pressupostos para a realização da análise de regressão linear estão verificados.

A análise dos dados expressos na tabela 46 permite verificar que os coeficientes da recta são significativos (constante:  $t=22,564$ ;  $p < 0,001$ ; IC 95%= 48,200 a 57,423) (declive:  $t= - 2,962$ ;  $p = 0,003$ ; IC 95% = - 0,278 a - 0,056) ou seja, os resultados permitem que se afirme que o nível global de auto-eficácia explica significativamente o nível de sobrecarga.

**Tabela 46** – Coeficientes da recta de regressão linear simples entre a sobrecarga e o nível global de auto-eficácia

Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	52,811	2,341		22,564	<b>,000</b>	48,200	57,423
Eficácia total	-,167	,056	-,192	-2,962	<b>,003</b>	-,278	-,056

Finalmente, através da análise do modelo, pode ainda constatar-se que existe uma relação baixa entre a sobrecarga e o nível global de auto-eficácia ( $R=0,192$ ) e que apenas 3,7% da variação do nível de sobrecarga é explicada pela auto-eficácia global ( $R^2= 0,037$ ). O modelo explica 3,3% da variação do nível de sobrecarga ( $R^2$ ajustado= 0,033). A análise permite ainda verificar que, quando a auto-eficácia aumenta um ponto, a sobrecarga diminui aproximadamente 0,2 pontos ( $\beta= - 0,192$ ).

**Tabela 47** – Resumo do modelo de regressão linear simples entre a sobrecarga e o nível global de auto-eficácia

Model	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	SE	Durbin-watson
1	,192 <sup>a</sup>	,037	,033	13,45637	1,398

## 7.5 - Objectivo 5 - Avaliar qual o melhor conjunto de variáveis preditivas (solidão, estereótipos, auto-eficácia), da variação do valor global da sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes

Na continuidade do estudo efectuado, optou-se por se analisar qual o melhor conjunto de variáveis preditivas da variação global da sobrecarga do cuidador. Para tal, seleccionaram-se como variáveis independentes os factores identificados na análise factorial efectuada às escalas de solidão, estereótipos (estereotipia de declínio social e cognitivo, estereotipia de declínio físico e cognitivo, estereotipia de declínio psicológico e dependência e estereotipia de declínio biológico) e auto-eficácia (auto-eficácia para a obtenção de ajuda junto dos amigos, auto-eficácia para a obtenção de ajuda junto dos familiares, auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do cuidar), recorrendo-se para a sua consecução à utilização da análise de regressão linear múltipla pelo método Backward.

Assim, começou-se pela análise dos pressupostos, iniciando-se com a verificação da ausência de multicolinearidade (anexo III).

A tabela 48 permite verificar que existe uma relação linear entre o global de sobrecarga e as variáveis seleccionadas. Os valores das correlações obtidos evidenciam que existe correlação negativa baixa entre a sobrecarga e a auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos ( $r = -0,254$ ;  $p < 0,001$ ); correlação negativa baixa entre a sobrecarga e a auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto de familiares ( $r = -0,250$ ;  $p < 0,001$ ); correlação positiva fraca entre a sobrecarga e a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do cuidar ( $r = 0,197$ ;  $p = 0,001$ ), correlação negativa fraca entre a sobrecarga e a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $r = -0,151$ ;  $p = 0,011$ ); correlação positiva moderada entre a sobrecarga e a solidão do cuidador ( $r = 0,528$ ;  $p < 0,001$ ); correlação positiva baixa entre a sobrecarga e a estereotipia de declínio cognitivo e social ( $r = 0,280$ ;  $p < 0,001$ ); correlação positiva baixa entre a sobrecarga e a estereotipia de declínio físico e cognitivo ( $r = 0,292$ ;  $p < 0,001$ ); correlação positiva fraca entre a sobrecarga e a

estereotipia de declínio psicológico ( $r=0,130$ ;  $p=0,024$ ) e correlação positiva baixa entre a sobrecarga e a estereotipia de declínio biológico ( $r=0,311$ ;  $p<0,001$ ).

Os valores de R e  $R^2$  ajustado não são demasiado elevados ( $R=0,400$ ) e  $R^2$  ajustado =  $0,384$ ), o que não indicia multicolinearidade.

Também a análise dos VIF (factores de inflacionamento de variância), permitiu verificar que todos apresentam valores são inferiores a 10, o que indica ausência de multicolinearidade.

Seguidamente passou-se à análise das condições sobre os erros, começando-se por analisar se os mesmos seguem a distribuição normal. Através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, este pressuposto foi verificado, já que se obteve um valor de prova igual a  $0,263$  ( $p=0,263$ ).

Através da aplicação do teste de White, obteve-se um valor de  $p=0,06$  que permite inferir a ausência de heterocedasticidade, através do teste de Durbin-Watson, obteve-se um valor de  $D=1,510$  ( $1,510^2= 2,28$ , próximo de 2) o que revela a ausência de autocorrelação dos erros.

Por outro lado, através da aplicação do teste ANOVA, verificou-se que o modelo é estatisticamente válido ( $F=25,005$ ;  $p<0,001$ ).

Assim, face aos resultados obtidos, pode afirmar-se que  $38,4\%$  da variação da sobrecarga global é explicada pelo modelo ( $R^2$  ajustado =  $0,384$ ).

A análise estabelecida aos coeficientes, permitem verificar que, de todas as variáveis incluídas, o modelo foi retirando as que não apresentavam significância estatística. Assim, começou por retirar a auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos familiares ( $t=-0,209$ ;  $p=0,835$ ; IC 95%=- $0,325$  a  $0,236$ ;  $\beta=-0,014$ ). No passo seguinte foi retirada a estereotipia de declínio psicológico ( $t=-0,345$ ;  $p=0,730$ ; IC 95%=- $0,949$  a  $0,666$ ;  $\beta=-0,021$ ). Em seguida verificou-se a remoção da estereotipia de declínio cognitivo e social ( $t=1,147$ ;  $p=0,252$ , IC a 95%=- $0,188$  a  $0,712$ ;  $\beta=0,073$ ).

Finalmente, as variáveis que se mantiveram no modelo e, como tal, constituem os melhores preditores da variação do nível global de sobrecarga são:

- a solidão experienciada pelo cuidador informal, onde os resultados obtidos permitem deduzir que, quando a solidão aumenta um ponto, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,4 pontos ( $t=7,753$ ;  $p<0,001$ ; IC 95%=1,15 a 1,934;  $\beta=0,424$ ) mantendo as restantes variáveis no modelo;

- a estereotipia de declínio físico e cognitivo – Mantendo no modelo as restantes variáveis, por cada variação de um ponto nesta dimensão, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,17 pontos ( $\beta=0,174$ ) ( $t=3,019$ ;  $p=0,003$ ; IC 95%= 1,15 a 1,934);

- auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar ( $t=2,679$ ;  $p=0,008$ ; IC 95%= 0,108 a 0,707). O valor de  $\beta=0,157$  permite deduzir que por cada variação de um ponto neste domínio da auto-eficácia, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,16 pontos, mantendo as restantes variáveis no modelo;

- a auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos amigos apresenta um  $\beta= -0,149$ , permitindo deduzir que, mantendo as outras variáveis no modelo, quando este domínio aumenta um ponto, a sobrecarga diminui aproximadamente 0,15 pontos ( $t=-2,799$ ;  $p=0,006$ ; IC 95%=-0,588 a 0,102);

- a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada faz diminuir a sobrecarga em aproximadamente 0,14 pontos por cada variação de um ponto no seu valor, mantendo as outras variáveis no modelo ( $\beta=-0,141$ ;  $t=-2,419$ ;  $p=0,016$ ; IC 95%=-0,503 a -0,051);

Finalmente, a estereotipia de declínio biológico que se decidiu manter apesar do valor de  $p=0,054$ , e mantendo as restantes variáveis no modelo, por cada variação de um ponto, parece fazer aumentar o nível de sobrecarga em 0,11 pontos ( $\beta=0,114$ ;  $t=1,939$ ;  $p=0,054$ ; IC 95%=-0,013 a 1,611).

**Tabela 48** – Coeficientes e condições de aplicabilidade dos modelos de regressão linear múltipla

Variáveis		Parâmetros					Condições de aplicabilidade dos modelos			
		Modelo			Coeficientes		Condições sobre os erros			colinearidade
		R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajust	p(F)	beta	p(t)	normalidade	Homocedasticidade	Ausência de autocorrelação	VIF
Dependente	Preditivas					p(Qui)	p(white)	DW <sup>2</sup>		
	constante				25,910	< <b>0,0001</b>				
	Amigos				-0,149	<b>0,006</b>				1,057
	Pensamentos				0,157	<b>0,008</b>				1,280
Carga total	Comportamentos	0,400	0,384	<b>0,000</b>	-0,141	<b>0,016</b>	0,50802	0,344726	2,2801	1,279
	Solidão				0,424	<b>0,000</b>				1,122
	Físico-cognitivo				0,174	0,008				1,247
	Biológico				0,114	<b>0,054</b>				1,307

7.6 – Objectivo 6 - Analisar em que medida a auto-eficácia actua como mediadora da sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes.

A concretização do presente objectivo foi levada a cabo através da análise de trajectórias ou de equações estruturantes, tendo em vista a verificação do modelo construído e apresentado no capítulo referente à metodologia.

Assim, começou-se esta análise pela verificação dos pressupostos, e que para não sobrecarregar demasiado o texto, são apresentados no anexo IV.

As equações resultantes do modelo que se pretende testar são as seguintes:

$$Y_1 = \beta_1 X_2 + e_1$$

$$Y_2 = \beta_2 X_1 + e_2$$

$$Y_3 = \beta_3 X_1 + \beta_4 Y_1 + e_3$$

$$Z_1 = \beta_5 X_1 + \beta_6 X_3 + \beta_7 Y_1 + \beta_8 Y_2 + \beta_9 Y_3 + e_4$$

Onde:

$$\beta_1 = -0,175^{**}, e_1 = 0,969$$

$$\beta_2 = -0,200^{**}, e_2 = 0,960$$

$$\beta_3 = 0,191^{**}, \beta_4 = 0,414^{**}, e_3 = 0,803$$

$$\beta_5 = 0,441^{**}, \beta_6 = 0,220^{**}, \beta_7 = -0,162^{**}, \beta_8 = -0,145^{**}, \beta_9 = 0,162^{**}, e_4 = 0,610$$

Face ao acima descrito, foram encontrados os seguintes efeitos na Sobrecarga -variável  $Z_1$

A solidão tem efeito directo de 0,441 na sobrecarga, ou seja, por cada desvio padrão da solidão a sobrecarga varia 0,441 desvios-padrão em efeito directo.

Verifica-se que a solidão tem dois efeitos indirectos na sobrecarga, mediados através da auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e da auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

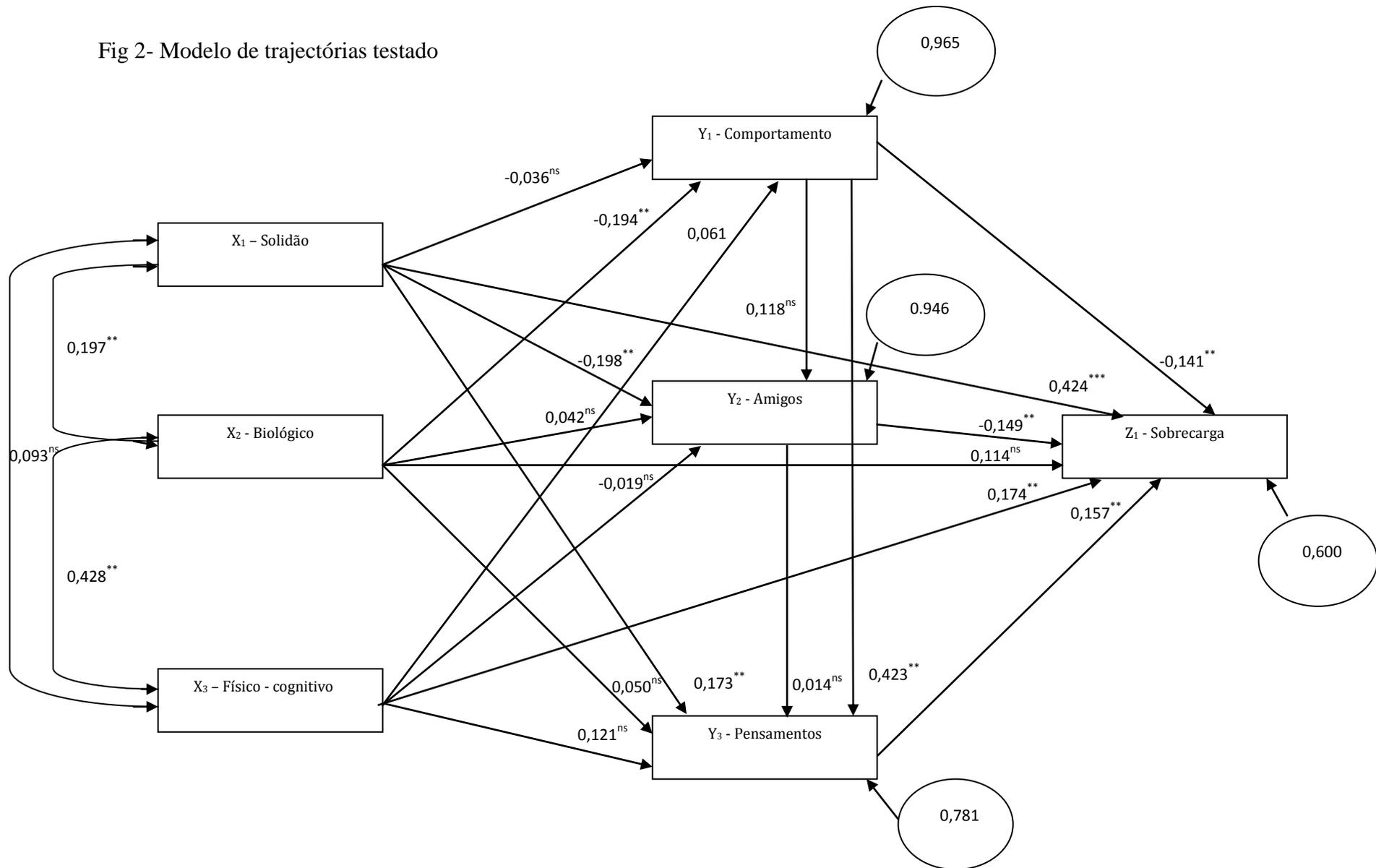
O efeito indirecto da solidão mediado pela auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos é de 0,029; e mediado pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar é de 0,031. Assim sendo o efeito total (directo + indirecto) da solidão na sobrecarga é de 0,501 (0,441+0,029+0,031). Sendo a correlação entre a solidão e a sobrecarga de 0,528 (tabela das correlações), pode-se afirmar que 95% (0,501/0,528) da associação da sobrecarga com a solidão pode ser atribuída ao efeito total hipoteticamente casual entre as duas variáveis. O efeito não analisado da solidão sobre a sobrecarga resulta da associação não considerada (nos termos causa-efeito) entre solidão e a estereotipia de declínio físico cognitivo que é  $0,093 \times 0,220 = 0,020$ . Os efeitos espúrios da solidão sobre a sobrecarga ocorrem por intermédio da estereotipia de declínio biológico ( $0,197 \times (-0,175) \times (-0,162) = 0,006$ ). Somando todos estes efeitos (directo + indirecto + não-analisado + espúrio) obtém-se a correlação entre a solidão e a sobrecarga (0,527- descontar erros de arredondamento).

A estereotipia de declínio físico-cognitivo tem efeito directo de 0,220 na sobrecarga, ou seja, por cada desvio padrão do físico cognitivo a sobrecarga varia 0,220

desvios-padrão em efeito directo, mas não apresenta efeitos indirectos. Sendo a correlação entre a estereotipia de declínio físico- cognitivo e a sobrecarga de 0,292 (tabela das correlações), pode-se afirmar que 75% (0,220/0,292) da associação da sobrecarga com a estereotipia de declínio físico-cognitivo pode ser atribuída ao efeito total hipoteticamente casual entre as duas. O efeito não analisado da estereotipia de declínio físico-cognitivo sobre a sobrecarga resulta da associação não considerada (nos termos causa-efeito) entre a estereotipia de declínio físico-cognitivo e solidão que é  $0,093 \times 0,441 = 0,041$ . Os efeitos espúrios da estereotipia de declínio físico-cognitivo sobre a sobrecarga ocorrem por intermédio da estereotipia de declínio biológico/auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $0,428 \times (-0,175) \times (-0,162) = 0,006$ ) e da estereotipia de declínio biológico/auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada/auto-eficácia e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar ( $0,428 \times (-0,175) \times 0,414 \times 0,162 = -0,005$ ), ocorrem também por intermédio da solidão ( $0,093 \times (-0,200) \times (-0,162) = 0,003$ ) e também  $0,093 \times 0,191 \times (-0,145) = -0,003$ . Assim sendo o total dos efeitos espúrios é de 0,001. Somando todos estes efeitos (directo+indirecto+não-analisado+espúrio) obtém-se o valor 0,262, valor inferior à correlação entre a estereotipia de declínio físico-cognitivo e sobrecarga, pois nem todas as trajectórias possíveis foram analisadas (dado que nem todos os coeficientes eram significativos).

Por sua vez, a estereotipia de declínio biológico não tem efeito directo sobre a sobrecarga, apenas efeitos indirectos mediados pela auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $-0,175 \times (-0,162) = 0,028$ ) e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar (via auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada) ( $-0,175 \times 0,414 \times 0,162 = -0,012$ ), sendo o total de efeitos indirectos de 0,016. São também determinados dois efeitos não analisados através da solidão ( $0,197 \times 0,441 = 0,087$ ) e através da estereotipia de declínio físico cognitivo ( $0,428 \times 0,220 = 0,094$ ), o que totaliza 0,181. Os efeitos espúrios ocorrem por intermédio solidão ( $0,197 \times (-0,200) \times (-0,145) = 0,006$  e  $0,197 \times 0,191 \times 0,162 = 0,006$ ) o que totaliza 0,012. Assim, a soma dos efeitos é de  $0,016 + 0,181 + 0,012 = 0,209$ , valor inferior à correlação entre a sobrecarga e a estereotipia de declínio biológico (0,311), ficando por explicar cerca de 33% ( $1 - 0,209/0,311$ ) da associação entre as duas variáveis.

Fig 2- Modelo de trajetórias testado



Observe-se que a simplificação do modelo provoca conseqüentemente custos sobre a aditividade dos efeitos para reproduzir as correlações. Num modelo saturado, a soma de todos os efeitos de uma variável para outra reproduz sempre na totalidade a correlação entre as variáveis, tal não acontece num modelo não saturado, pois são desprezadas determinadas trajetórias.

**Tabela 49** – Correlações entre as variáveis incluídas no modelo

Associação	r (observada)	$\rho$ (prevista)	$(r - \rho)^2$
Z1/X1	0,528	0,527	0,0000
Z1/X2	0,311	0,209	0,0104
Z1/X3	0,292	0,262	0,0009
Z1/Y1	-0,151	-0,111	0,0016
Z1/Y2	-0,254	-0,233	0,0004
Z1/Y3	0,197	0,179	0,0003
X1/X2	0,197	0,197	0,0000
X1/X3	0,093	0,093	0,0000
X2/X3	0,428	0,428	0,0000
X1/Y1	-0,069	-0,034	0,0012
X1/Y2	-0,200	-0,200	0,0000
X1/Y3	0,162	0,177	0,0002
X2/Y1	-0,175	-0,175	0,0000
X2/Y2	-0,026	-0,039	0,0002
X2/Y3	0,061	0,038	0,0005
X3/Y1	-0,025	-0,075	0,0025
X3/Y2	-0,022	-0,019	0,0000
X3/Y3	0,147	0,018	0,0166
Y1/Y2	0,125	0	0,0156
Y1/Y3	0,401	0,414	0,0002
Y2/Y3	0,028	0	0,0008
Média			0,0025
RMSR			<b>0,0495</b>

O valor de RMSR calculado é inferior a 0,05 que permite concluir que o ajustamento é muito bom.

Pode-se aceitar que, empiricamente, o modelo simplificado explica convenientemente a estrutura correlacional observada entre a sobrecarga e as restantes variáveis.

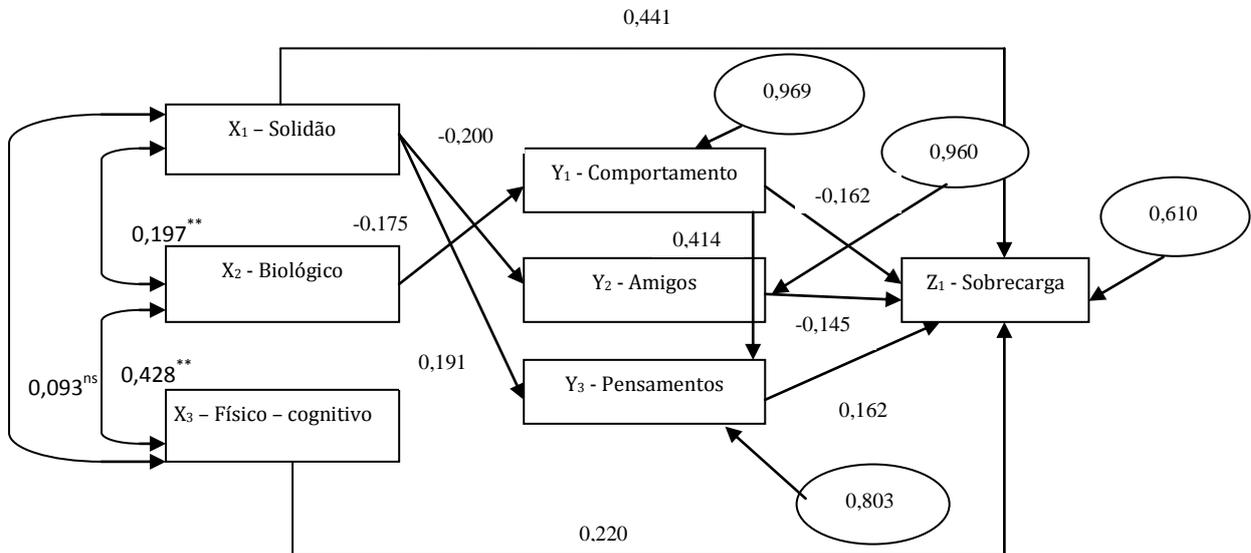
**Tabela 50** – Estrutura correlacional entre a sobrecarga e as restantes variáveis

	Z1	X1	X2	X3	Y1	Y2	Y3
Z1							
X1	0,001						
X2	0,102	0					
X3	0,03	0	0				
Y1	-0,04	-0,035	0	0,05			
Y2	-0,021	0	0,013	-0,003	0,125		
Y3	0,018	-0,015	0,023	0,129	-0,013	0,028	

O valor de GFI calculado ( $GFI=1 - 0,5 \times (0,001+0+0+0,05+0,125+0,028)^2=0,979$ ), é superior a 0,90, confirmando-se assim que o ajustamento muito bom.

Da análise resultou o modelo expresso na figura 3 onde se devem considerar apenas as relações significativas.

**Fig. 3** – Modelo resultante da análise de trajectórias



## **8 - Discussão dos Resultados**

No presente capítulo, e dada a extensão de resultados obtidos, optou-se por organizar a sua exposição numa ordem sequencial, iniciando pela discussão dos resultados relativos à amostra dos cuidadores e dos idosos cuidados, seguindo-se a discussão dos dados obtidos na concretização dos objectivos do estudo.

### Discussão dos resultados relativos à amostra de cuidadores informais

Tradicionalmente, o cuidado prestado a familiares é desenvolvido maioritariamente por mulheres, tarefa que lhes está acometida desde tempos imemoriais. Mas será que essa realidade persiste numa sociedade em que a mulher tem adquirido um papel cada vez mais activo e produtivo?

Na presente investigação a representatividade das mulheres ascende a 88,4%, enquanto nos homens é de 11,6%. Estes valores estão alinhados pelos valores encontrados pela Health Canada, numa investigação levada a cabo em 2002, que identificou 77% de mulheres cuidadoras e com o estudo em Espanha de Rodriguez, et al (2005), que refere que 83,6% dos cuidadores informais de idosos pertencem ao género feminino. Estes resultados são ainda confirmados pelo estudo efectuado pela universidade de Georgetown nos Estados Unidos da América, através do Center on an Aging Society (2005), que num estudo relativo a 1999 que tinha por objectivo comparar as características dos cuidadores relativamente à década anterior, confirmou que a maioria dos cuidados continuavam a ser prestados por mulheres, apesar de apontarem para um aumento do número de homens cuidadores. Tobio, Tomás, Gómez e Palomo (2010), afirmam que persiste um discurso conservador ou tradicional de interiorização e conformismo face ao acto de cuidar. Estes investigadores mencionam ainda que os homens vão sendo progressivamente implicados no acto de cuidar de um familiar,

sobretudo quando se trata de uma criança. Esse cuidado é menos evidente na velhice mais frágil, salvo quando são reformados e cuidam das suas esposas doentes.

Os valores ligeiramente mais elevados no presente estudo podem ser relacionados com a história do cuidar onde a mulher é a dispensadora de cuidados e afectos, mas também com as características socioculturais da região onde os dados foram recolhidos. O distrito de Bragança é eminentemente rural, com um índice de envelhecimento muito elevado, onde prevalece o modelo tradicional de família e onde as tarefas domésticas competem quase exclusivamente à mulher. Talvez por isso, apesar da percentagem ser relativamente baixa em relação à do estudo apresentado por Sousa e Figueiredo (2004) que identificaram uma percentagem de cuidadores masculinos próxima dos 25%, e seguramente muito inferior à referida por Thompson Jr (2007) referenciado pela HSC Foundation (2008), que manifesta que nos estados Unidos da América, os homens asseguram cerca de 40% dos cuidados não remunerados, este valor possa ser considerado elevado para o contexto onde se integra. Os cuidadores masculinos do presente estudo são maioritariamente maridos que cuidam da esposa dependente, pertencem eles próprios ao grupo das pessoas mais idosas e cujo agregado familiar é constituído apenas pelos dois elementos do casal.

A amostra de cuidadores estudada apresenta uma média de idades próxima dos 58 anos (min: 23; máx: 89 anos) e a maior representatividade recai sobre as pessoas com 76 anos, valor que corresponde à moda. Estes dados diferem dos apresentados por Rodriguez, et al (2005), no estudo desenvolvido para o IMSERSO, onde os cuidadores com mais de 69 anos de idade representavam apenas 14,9%, enquanto o grupo etário mais representativo era o dos 50 – 59 anos de idade, com uma proporção de 28,7%, seguido do grupo dos 40 – 49 anos, com 23,8%. Deve, no entanto, salientar-se a distância cronológica entre a publicação daquele estudo e a época em que se procedeu à presente recolha de informação. Entre uma situação e a outra medeiam cerca de cinco anos, pelo que é possível que o cenário apresentado pelos autores do estudo se tenha modificado. Por outro lado, num estudo desenvolvido em 2002 por González-Valentin e Calvez-Romero e publicado em 2009, onde numa amostra de 128 cuidadores, o perfil encontrado foi “... mulher casada que não trabalha, filha da pessoa incapacitada, com estudos primários, e uma idade média de 56 anos...” (González-Valentin & Calvez-

Romero, 2009:15), perfil que vai de encontro ao observado no presente estudo. De facto, os resultados obtidos patenteiam, para além de um predomínio do género feminino, uma prevalência acentuada de pessoas casadas (79, 3%), com habilitações literárias ao nível do ensino básico (48,2%), sobressaindo, no entanto, um percentual de 11,2% de cuidadores que não sabe ler nem escrever e 16,4% de pessoas que não concluíram o 1º ciclo do ensino básico.

Tal como nos estudos que têm vindo a ser referenciados, também aqui os cuidadores são maioritariamente filhas da pessoa cuidada, com uma prevalência de 46,6%, seguindo-se as esposas com 24,6%, os maridos com 7,8% e as noras com 5,6%. De realçar a existência de 4,3% de cuidadores que não possuem laços familiares com a pessoa cuidada sendo apenas amigos ou vizinhos que, por solidariedade, decidiram prestar ajuda. Estes resultados vão de encontro a estudos realizados pelo INE (2002) que apresenta as seguintes conclusões relativamente aos agregados familiares com base nos resultados do Censos 2001:

...em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Destas, a grande maioria é constituída por apenas *um idoso* (50,5%) e por *dois idosos* (48,1%).

O mesmo INE em 2006 concluía que em Portugal predominavam as famílias com 2 pessoas (28%) e 3 pessoas (27%). As famílias unipessoais representavam 20% do total. Estes resultados são coincidentes com os do presente estudo, no que concerne à constituição dos agregados familiares, já que os mais prevalentes são os constituídos por dois e três elementos (38,4% e 22,4% respectivamente). Esta realidade está bem vincada na região onde foi desenvolvida esta investigação, dado que é uma zona marcada pelo contínuo e agravado envelhecimento da população, devido não apenas à diminuição das taxas de natalidade, fertilidade, mortalidade infantil, mas também pelo vincado êxodo rural.

Apenas 92 (39,7%) dos cuidadores referiram trabalhar fora de casa. Em estudos desenvolvidos noutros países, foram revelados dados semelhantes. O Center on an Aging Society (2005) afirma que, aproximadamente, 32% de todos os cuidadores

informais, independentemente da idade, exercem uma profissão fora de casa, enfrentando, no entanto, dificuldades e tensões na conciliação das duas tarefas (Sánchez, 2004).

Noutro estudo desenvolvido pelo IMERSO em 1994 referido por Rodriguez, et al (2005), afirma-se que se nota um discreto aumento de mulheres empregadas. Os resultados agora obtidos estão em consonância com o referido anteriormente, dado que se verifica que, de um total de 205 mulheres cuidadoras, apenas 81 trabalham fora de casa e que, de um total de 27 cuidadores masculinos, 11 mantêm uma actividade profissional.

Os resultados encontrados no presente estudo são concordantes com o referido pelos autores supramencionados, dado que 12,5% dos cuidadores que exercem uma actividade profissional já pensaram bastantes vezes em abandonar o emprego e 4,7% pensaram-no muitas vezes, realçando assim as dificuldades encontradas na conciliação do trabalho com as tarefas inerentes ao cuidar. Estes resultados que confirmam ainda o descrito pelo Center on an Aging Society (2005) que menciona que o cuidado a uma pessoa idosa pode afectar o trabalho (39% reorganiza o seu horário de trabalho e 17% afirmaram, mesmo, ter deixado de trabalhar), o rendimento e as poupanças e por Barahona (2005) que evidencia as dificuldades económicas dos cuidadores.

Os dados obtidos evidenciam ainda a dificuldade na conciliação das duas funções, uma vez que mais de metade dos cuidadores que trabalham fora (57,6%), afirmaram ser muito difícil harmonizar as duas coisas e 7,3% referiram, mesmo, ser muito difícil. Facto que também é confirmado pelo estudo do Center on an Aging Society (2005) que refere que 44% de cuidadores que afirmaram ter tido conflitos laborais decorrentes da sua função de cuidadores, 23 % que afirmaram ter menos energia para o trabalho, 12% que manifestaram estar insatisfeitos com a qualidade do trabalho prestado e, aproximadamente, 18% que afirmaram ser interrompidos no seu trabalho por telefonemas acerca de, ou por parte da pessoa cuidada.

Questionados acerca de possível ajuda obtida no cuidado prestado, mais de metade dos cuidadores responderam afirmativamente (64,7%). Essa ajuda é obtida maioritariamente de serviços de apoio domiciliário (24,0%), dos filhos do próprio

cuidador (21,3%) e de outros familiares (14,0%). Figueiredo e Sousa (2008), num estudo desenvolvido para avaliar a sobrecarga em 99 cuidadores de idosos com demência e sem demência, concluíram que a quase totalidade dos cuidadores tinham a colaboração de outras pessoas na tarefa do cuidar e que a maioria (76,8%) tinha de pagar por essa ajuda. Verificaram ainda que essa situação é mais frequente nas pessoas que cuidam de um idoso sem demência. No presente estudo, apurou-se que 35,3% daqueles que recebem ajuda no cuidado à pessoa idosa pagam para a obter (aproximadamente metade da proporção encontrada pelos autores referidos), recaindo o maior percentual na ajuda prestada pelos serviços de apoio domiciliário. Estes resultados são, ainda, concordantes com os alcançados por Rathge e Clemenson (2003) num estudo que desenvolveram junto de 652 cuidadores, onde apuraram que mais de três quartos dos cuidadores indicaram usufruir de serviços fornecedores de refeições e ajuda nas tarefas domésticas.

Apesar da existência destes serviços de apoio social, muitas vezes eles não são utilizados. Mais de metade dos cuidadores do presente estudo não exercem uma profissão remunerada, o que, aliado ao valor reduzido das pensões de reforma para os agricultores, pode conduzir à não utilização dos serviços disponíveis. Rodriguez, et al (2005) sustentam que o primeiro passo para a utilização das ajudas existentes reside no conhecimento delas, embora factores como a necessidade (tanto percebida pelos interessados como a estabelecida pelas instituições) ou a oferta deste tipo de serviços sejam também determinantes para o seu uso. Assim entende-se que o facto dos restantes cuidadores não usufruírem deste tipo de ajuda, pode dever-se a três motivos principais: o desconhecimento da sua existência; a inexistência desse tipo de apoio no local de residência; ou ainda o preço que teriam de pagar para poderem usufruir dele pois, como referido anteriormente, a maioria da amostra é constituída por pessoas reformadas, cujo valor da reforma que auferem é baixo e, o recurso ao apoio domiciliário faria aumentar as despesas com o cuidado que prestam.

Apesar dos recursos existentes, alguns cuidadores preferem obter ajuda de outras fontes, nomeadamente, de familiares (irmãos, filhos, marido, esposa, outros familiares). Os resultados obtidos indicam que 50% dos cuidadores que afirmaram receber ajuda, obtêm-na de elementos da família e entre aqueles que gostariam de receber algum tipo

de apoio, 54% elegem os familiares como primeira escolha. Estes resultados são concordantes com os alcançados por Rathge e Clemenson (2003), onde concluíram que cerca de metade dos cuidadores faz uso da assistência legal existente e têm um familiar envolvido na prestação de cuidados, embora de modo ocasional. No já mencionado estudo desenvolvido por Rodriguez, et al (2005) concluiu-se que os cuidadores informais em Espanha recebiam, então, mais apoio do que anteriormente, dado que 66% partilhavam as tarefas de ajuda ao familiar dependente com outros familiares. Atribuem este incremento na ajuda ao cuidador a duas razões principais: por um lado, os idosos necessitam de ajuda mais extensa ou integral e, por outro lado, ao facto de o cuidador assumir a responsabilidade do cuidado com uma mentalidade mais aberta, compartilhando com outros familiares as preocupações inerentes ao acto cuidativo.

No que respeita ao tempo do exercício da função de cuidador e a continuidade da mesma, a maioria (72,1%) exerce essa função há cinco anos ou menos, 21,4% entre 5 e 10 anos e 1,3% dos cuidadores exerce-a há mais de 25 anos, sendo o cuidado realizado de forma contínua. Apenas um reduzido número de cuidadores (n=14; 6%) afirmaram repartir o cuidado com outros familiares e destes, 50% assumem essa responsabilidade com uma periodicidade de 3 meses. Rodriguez, et al (2005) encontraram proporções diferentes no estudo por eles desenvolvido. A percentagem de cuidado contínuo é maior no presente estudo (94%), enquanto a encontrada pelos autores referidos se situava nos 77,2%. Na presente investigação, aqueles que o fazem por temporadas representam, apenas, uma percentagem de 6% e no estudo desenvolvido pelos autores mencionados foi encontrada uma percentagem de 23%. Mais uma vez se entende que esta situação poderá dever-se às características dos agregados familiares da região, constituídos por 2 ou 3 pessoas, e onde os filhos, por motivos de procura de melhores condições de vida, residem em locais distantes da residência dos pais.

Para além da abordagem ao tempo de cuidado, indagou-se o porquê da sua eleição como cuidador principal, isto é, que atitudes e motivações estão por detrás da decisão de encetarem tal actividade. As principais motivações apontadas por Lamura, Mnich e Dohner (2006) foram as seguintes: motivos afectivos, sentido de família, obrigação e sem escolha. As respostas encontradas na presente investigação são concordantes com as referidas pelos autores e recaem maioritariamente no facto de

serem as únicas pessoas a poderem fazê-lo (30,2%), na proximidade de residência (17,2%), no simples facto de a pessoa cuidada ser o marido (13,8%) ou esposa (6,0%) ou, ainda, porque a pessoa cuidada é mãe da cuidadora e por carinho (10,3%). De realçar que 4,7% dos cuidadores mencionaram que tal função é uma obrigação que lhes assiste. O afecto, como principal motivo isolado, foi a razão apresentada por 1,3% dos cuidadores, 1,4% afirmaram serem elas as pessoas mais competentes para o fazerem e 1,7% referiram ter sido por reunirem mais possibilidades. Estes resultados são também concordantes com os descritos por Sequeira (2007) que, no estudo por si desenvolvido numa amostra de 184 cuidadores, salienta que a iniciativa própria, a decisão familiar, o facto de serem únicos e a solicitação da pessoa dependente constituíram os principais motivos para a adopção do papel de cuidador, e com os descritos por Martín (2005) que afirma existirem quatro factores determinantes na escolha do cuidador informal: a relação familiar, o género do cuidador e da pessoa cuidada e as condicionantes relativas aos descendentes.

No presente estudo, 66,4% das pessoas inquiridas afirmaram não padecer de qualquer doença ou incapacidade. Dos 33,6% de cuidadores que referiram padecer de alguma doença, o maior percentual (23,1 %) recai na hipertensão arterial, indicada como única alteração na saúde dos cuidadores. Seguem-se as queixas do foro osteoarticular com 21,8% e a diabetes com 19,2%. Esta patologia, associada à hipertensão arterial, é referida por 6,4% das pessoas, existindo ainda 2,6% de cuidadores que mencionam a hipertensão arterial associada a doenças do foro renal e do sistema músculo-esquelético. Estes resultados vão de encontro aos apresentados pelo Center on an Aging Society (2005) que refere que a maioria dos cuidadores apresentava boa saúde física, embora fosse comum nos cuidadores estudados no ano de 2000, apresentarem alterações de saúde crónicas. Tal como no presente estudo, também a artrite, a hipertensão arterial e a diabetes foram as doenças mais citadas pelos cuidadores entrevistados. Nesse estudo realça-se o facto de a artrite ser uma doença crónica que pode causar limitações físicas severas. Também Peñaranda (2006) num estudo que desenvolveu junto de 92 cuidadores informais de idosos dependentes, concluiu que as doenças mais referidas pelos mesmos, foram as do sistema osteoarticular seguidas das doenças do sistema cardiovascular e doenças do foro mental. Outros estudos, todavia, salientam a existência de várias perturbações na saúde do cuidador directamente

relacionadas com a função do cuidar (Allen, 2003; Calero, 2009; Nakatani, Souto, Paulette, Melo, & Souza, 2003; Scott, 2006), assim como uma pior autopercepção da sua saúde física e mental (Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta & Gómez, 2011).

Apesar da concordância de resultados entre os estudos, e atendendo a que as doenças crónicas são mais prevalentes nas pessoas idosas, decidiu-se verificar a prevalência destas doenças entre as pessoas com idade inferior a 65 anos e entre aquelas que têm idades iguais ou superiores a essa. Os dados permitiram verificar que, efectivamente, existe maior proporção de doenças como a hipertensão, diabetes e do foro osteo-articular no grupo etário dos 65 e mais anos, enquanto a proporção de pessoas com depressão é muito superior nas pessoas com menos de 65 anos. Estes resultados, nomeadamente no que concerne à incidência de hipertensão, estão em concordância com as estatísticas publicadas pelo Eurostat (2009), onde se pode ver que a mortalidade por doenças do sistema cardiovascular e circulatório constitui a principal causa de mortalidade na União Europeia, contabilizando 42% do total de mortes. Além disso, 81% dos óbitos masculinos e 94% dos femininos, devidos a estas causas, acontecem em idades superiores aos 65 anos. Os resultados relativos à maior prevalência de depressão no grupo etário mais jovem corroboram os resultados encontrados por Pawlowski, Gonçalves, Hilgert, Hugo, Bozzetti e Bandeira (2010), num estudo que desenvolveram junto de 84 cuidadores e 101 não cuidadores onde concluíram que, no grupo dos cuidadores foram encontrados níveis mais baixos de depressão nos indivíduos pertencentes ao grupo etário mais elevado. Tal como os autores, pensa-se que a maior prevalência em grupos etários mais baixos, poderá estar relacionada com a coexistência de outras responsabilidades para além do cuidar, ou ainda com a falta de apoio percebido pois, como concluído por Diwan, Hougham e Sachs (2004) no estudo com 150 cuidadores de pessoas portadoras de demência a percepção da falta de apoio constituía uma variável preditiva para o desencadear de tensão pessoal e emocional.

## Discussão dos resultados relativos aos idosos cuidados

A média de idades dos idosos estudados é de 81,1 anos (min.: 65; máx.: 99 anos), e pertencem ao género feminino (58,2%). Á excepção do grupo dos 65 – 75 anos, onde os homens estão mais representados, a prevalência das mulheres é superior em todos os outros grupos. Estes dados vão de encontro à realidade demográfica portuguesa pois, como referido pelo Alto Comissariado da Saúde (2008), apesar do aumento da esperança de vida no ano de 2006 ser mais acentuado no sexo masculino que no feminino (6,6% e 5,4% respectivamente), a verdade é que as mulheres continuam com uma esperança de vida mais elevada. Refere ainda que se estima que os indivíduos que atinjam os 65 anos, vivam em média mais 18,3 anos, sendo que a variação do aumento da esperança de vida aos 65 anos no mesmo espaço temporal, foi de 15,6% para os homens e de 14,9% para as mulheres. No que respeita à esperança de vida e incapacidade de longa duração, o já referenciado Alto Comissariado da Saúde afirma que os indivíduos que atinjam os 85 anos de idade têm uma esperança de vida de 5,6 anos e destes, aproximadamente 1,6 anos serão passados sem nenhum tipo de incapacidade ou seja, passarão cerca de 4 anos com incapacidade de longa duração. O mesmo Alto Comissariado, acrescenta ainda que a esperança de vida das mulheres é maior que a dos homens em todos os escalões etários, mas a proporção de esperança de vida que as mulheres esperam viver sem incapacidade é inferior à dos homens, aumentando essa diferença com a idade.

A distribuição segundo o estado civil permitiu verificar que aproximadamente metade dos idosos cuidados (48,3%), são casados e uma percentagem ligeiramente inferior (42,7%) são viúvos. Os solteiros representam 7,8% da amostra de idosos estudados e, apenas 1,3 % são separados ou divorciados. Sequeira e Silva (2002) num estudo que desenvolveram junto de idosos que habitam em ambiente rural, mas numa zona distinta daquela onde foi realizado o presente estudo, encontraram as seguintes proporções relativas ao estado civil dos idosos: 74% eram casados- proporção superior à encontrada no presente estudo; 22.5% viúvos, resultado inferior ao encontrado na amostra aqui estudada; apenas 2.5% dos idosos por eles estudados eram solteiros, enquanto no presente estudo essa proporção é superior. Entende-se que as diferenças encontradas podem dever-se à diferença temporal no desenvolvimento dos dois estudos,

bem como às diferenças existentes entre as regiões onde os dois estudos foram realizados. De facto, o estudo desenvolvido pelos autores ocorreu no concelho de Mação, distrito de Santarém e, apesar da ruralidade é um concelho que pertence à região centro/litoral do país e, como tal, com características demográficas distintas das do distrito de Bragança.

A proporção de mulheres é maior em todos os estados civis à excepção do de casado. No caso do estado civil de viúvo, a proporção de mulheres é mais do triplo da dos homens (77,8% vs 22,2%). ). A este respeito, o INE (2010: 12) refere que

Dos óbitos ocorridos em Portugal, em 2008, resultaram 13 614 viúvos e 33 135 viúvas. A viuvez afecta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina, o que justifica a disparidade da taxa bruta de viuvez entre mulheres e homens: 2,6 por mil homens e 6,0 por mil mulheres.

Como é do conhecimento global, até há relativamente poucos anos, o acesso ao sistema educativo era praticamente vedado às pessoas oriundas de classes sociais mais desfavorecidas. Com a implantação da república em Portugal, o governo veio instituir a escolaridade obrigatória. No entanto, e apesar dessa obrigatoriedade, nem todos frequentavam as escolas ou, se iniciavam o seu percurso escolar, muitos eram aqueles que não o concluíam. A comprovar tal facto estão os resultados obtidos no presente estudo, pois verificou-se que 71,2% dos idosos cuidados não possuem qualquer grau de escolaridade. Com o ensino básico observou-se uma percentagem de 28%. Não foi encontrado nenhum idoso com o ensino secundário e, com ensino de nível superior, encontraram-se apenas 0,9% de idosos. Estes resultados são ainda corroborados pelo estudo desenvolvido para o IMSERSO por Rodríguez et al (2005), em que concluíram que 21,2% dos idosos cuidados no domicílio não sabe ler nem escrever e 40,4% não terminou os estudos, 33,6% têm a instrução primária, 3,2 possui o ensino secundário e apenas 1,4% dos idosos têm ensino de nível superior. As diferenças percentuais verificadas poderão estar relacionadas com o facto de aquele estudo ter sido de âmbito nacional – Espanha -, enquanto o presente é de âmbito regional - Distrito de Bragança em Portugal.

Os resultados obtidos na presente investigação evidenciam que a primeira causa isolada de dependência neste grupo de idosos são as demências (doença de Alzheimer e outras demências; a segunda causa isolada são os acidentes vasculares cerebrais e a idade a terceira. Estes resultados são concordantes com o referido pelo Ministério da Saúde (2004) ao afirmar que

Há que referir que a prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a incidência de doença de Alzheimer no sexo feminino... De igual modo, a prevalência de acidente vascular cerebral aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer.

Estas afirmações também são concordantes com os resultados obtidos no presente estudo, uma vez que do total de idosos a quem foi diagnosticada uma demência, 67,7% pertence ao género feminino. No que diz respeito ao grupo etário, verificou-se que no grupo de idosos com 85 e mais anos, 23,4% padecem de um qualquer tipo de demência e, igual percentagem foi acometida por um acidente vascular cerebral.

Foi possível observar que no grupo de idosos diagnosticado com uma demência, a proporção de idosos muito dependentes é de 98,5%, e nos acidentes vasculares cerebrais esta proporção atinge os 94,7%. Dados que corroboram o descrito na bibliografia, onde se afirma que as demências constituem uma das principais causas de dependência nos idosos. Constitui um síndrome caracterizado pelo declínio das funções cognitivas, comparado com níveis anteriores, que inclui distúrbios da memória, sintomas comportamentais e psicológicos com intensidade e duração suficientes para prejudicarem a função social e ocupacional da pessoa que suporta qualquer tipo de demência (Sánchez & Gregório, 2006). Assim, e com o evoluir do síndrome, a execução

das actividades básicas da vida diária, bem como das actividades instrumentais da vida diária vêm-se comprometidas, chegando a, numa fase mais severa da doença à incapacidade total para a sua execução.

Os resultados obtidos, podem ainda indicar que no caso das pessoas com demências, estas poderão situar-se já em casos de demências graves, pois como nos referem Sánchez e Gregório (2006), as demências são consideradas graves quando a deterioração cognitiva é tal que interfere no desenvolvimento das actividades da vida diária, e representa a última etapa de deterioração que conduz a uma dependência total.

### Discussão dos resultados relativos ao 1º objectivo

O cuidar de pessoas idosas dependentes foi identificado como um dos factores mais produtor de stress no seio familiar (Zarit, 1997), particularmente porque este tipo de cuidado se prolonga no tempo, e pode conduzir a alterações na unidade familiar.

A Entrevista de Sobrecarga do Cuidador foi utilizado no presente estudo para avaliar o nível de sobrecarga experienciado pelos cuidadores estudados. As respostas apresentadas foram submetidas primariamente a uma análise de consistência interna da escala bem como dos itens que a compõem. Em resultado, houve necessidade de remover 3 itens (8, 20 e 21), dado que a sua exclusão faria aumentar a fiabilidade da escala. Assim, na actual investigação, esta entrevista de carga foi utilizada com 19 afirmações em vez das 22 preconizadas pelo seu autor e largamente utilizada em diferentes estudos particularmente nos múltiplos desenvolvidos pelo autor da escala, ou nos desenvolvidos por Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz e Taussing, (1996) que efectuaram a validação da escala para a população espanhola junto de 92 cuidadores, Cerrato, Trocóniz, López, e Colondrón (1998) que entrevistaram 62 cuidadores com o objectivo de identificar as dimensões subjacentes ao conceito de carga, Scazufca (2002) que utilizou uma amostra de 82 cuidadores para proceder à validação da entrevista de carga para a população brasileira, Sequeira (2007) que estudou 184 cuidadores de idosos com dependência física e dependência mental devido a situações demenciais, Turró-Garriga, Soler-Cors, Garre-Olmo, López-Pousa, Vilalta-Franch, e Monserrat-Vila (2008) que desenvolveram o seu estudo junto de 453 cuidadores informais de idosos

dependentes, e Lavoz, Villarroel, Jaque, Camaño (2009) que estudaram uma amostra de 80 cuidadores informais. No estudo desenvolvido por Turró-Garriga et al (2008) foi excluído deliberadamente o item número 22, dado que os autores entenderam que este item estabelece um resumo da avaliação global. Em todos os restantes estudos mencionados, a escala foi utilizada na íntegra e em todos apresentou uma boa consistência interna.

Na presente investigação, o valor de Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,909, revelando também uma boa consistência interna, variando a dos factores entre 0,500 a 0,847 (valores de alfa de Cronbach). Tal como no estudo desenvolvido por Sequeira (2007), também aqui a análise factorial permitiu identificar quatro factores. No estudo desenvolvido por Montorio (1998) tinham sido identificados 3 factores e os estudos de Martín et al (1996) e de Turró-Garriga et al (2008) identificaram cinco.

Os valores encontrados tanto para a explicação da variância total, como os valores da consistência interna de cada factor, são muito semelhantes aos obtidos por Turró-Garriga et al (2008), e ligeiramente inferiores aos do estudo desenvolvido por Sequeira (2007). As diferenças observadas, como referem Turró-Garriga et al (2008), podem ser devidas aos diferentes tamanhos amostrais, entendendo-se ainda que podem também dever-se às características inerentes aos contextos dos cuidados.

Os resultados obtidos no presente estudo mostram que, aproximadamente metade dos cuidadores (44,4%) apresentam níveis de sobrecarga intensa e 24,6% mostram níveis ligeiros de sobrecarga, resultados que estão em consonância com as opiniões apresentadas pelos diferentes autores que têm dedicado as suas investigações ao tema da sobrecarga dos cuidadores informais como o estudo de Sequeira (2010). Este facto evidencia simultaneamente a utilidade da utilização deste instrumento de medida para o conhecimento das repercussões associadas ao cuidar. A identificação de cuidadores que padeçam de sobrecarga conduz necessariamente ao planeamento, implementação e avaliação de intervenções junto dos mesmos, tendo em vista a sua diminuição. Para além disso, entende-se ainda, que esta entrevista de carga deveria ser utilizada na prática dos diferentes grupos profissionais, para a implementação de intervenções preventivas da sobrecarga.

No presente estudo, ao analisar a relação entre o nível global de sobrecarga e nas distintas dimensões segundo as variáveis de caracterização do cuidador, verificou-se uma correlação positiva baixa, mas significativa, entre a idade e o global de sobrecarga ( $r_s=0,161$ ;  $p=0,014$ ) e entre a idade e o stress psicológico ( $r_s=0,200$ ;  $p=0,002$ ). Não se observaram diferenças nas médias de sobrecarga segundo o género, a obtenção de ajuda, habilitações literárias, grau de parentesco com a pessoa cuidada, estado civil ou ter outra ocupação para além do cuidar. Obteve-se, no entanto, uma correlação positiva e significativa entre o grau de dificuldade na conjugação do trabalho com a função de cuidador e o nível global de sobrecarga e de todas as dimensões ( $r_s=0,279$ ;  $p=0,004$ ;  $r_s=0,211$ ;  $p=0,043$ ;  $r_s=0,251$ ;  $p=0,016$ ;  $r_s=0,251$ ;  $p=0,016$ ;  $r_s=0,272$ ;  $p=0,009$ ). Estes resultados contrariam em parte os obtidos por Turró-Garriga et al (2008) que encontraram diferenças significativas no nível de sobrecarga segundo o género, manifestando as mulheres níveis de sobrecarga global, de carga física e afectação da vida social, de stress psicológico e de sentimentos de culpa mais elevados que os homens. Verificaram ainda que os cônjuges apresentavam médias de stress psicológico e de sentimentos de culpa inferiores aos dos restantes cuidadores com outros graus de parentesco. Os resultados relativos à dificuldade na conjugação do trabalho com a função cuidativa são corroborados em parte pelos obtidos pelos mesmos autores, dado que estes constataram também que os cuidadores que trabalham fora de casa desenvolvem níveis mais elevados de stress psicológico e de sentimentos de culpa. Não encontraram, no entanto, relação entre a sobrecarga e a idade do cuidador.

Ao analisar a relação existente entre os três níveis de sobrecarga e o grau de dependência nas actividades de vida diária e entre a sobrecarga e o motivo de dependência apurou-se que não existiam diferenças nas proporções segundo os diferentes grupos, ou seja, não se verificou a existência de relação entre as variáveis. Os resultados relativos à dependência nas actividades de vida diária vão ao encontro dos resultados descritos no estudo de González, Graz, Pitiot e Podestá (2004) que, utilizando o índice de Barthel para avaliação da dependência nas actividades básicas da vida diária em pessoas com lesões neurológicas, e estudando a sobrecarga em 45 cuidadores informais concluíram que não há evidências de relação entre a sobrecarga e o grau de dependência das pessoas cuidadas, mas contrariam, pelo menos parcialmente, os dados obtidos por Sequeira (2010), onde 45,5% dos cuidadores de idosos sem

demência e 66,3% dos cuidadores de idosos com demência apresentavam valores de sobrecarga compatíveis com a classificação de sobrecarga intensa. Também Aguirre (2005) no estudo que desenvolveu junto de 70 cuidadores de idosos com demência verificou proporções de sobrecarga intensa semelhantes às de Sequeira (68,6%). Por outro lado Bocchi (2004), num estudo onde procedeu à análise de artigos publicados sobre a sobrecarga dos cuidadores de pessoas acometidas de Acidente Vascular Cerebral, concluiu que a sobrecarga está frequentemente associada ao nível de dependência física e mudanças comportamentais das pessoas cuidadas. Apesar disso, encontrou também estudos onde não se verificava relação significativa entre a doença emocional do cuidador e o grau de incapacidade da pessoa cuidada.

### Discussão dos resultados relativos ao 2º objectivo

A análise factorial efectuada à escala de solidão do cuidador permitiu identificar uma escala unidimensional que se apelidou de solidão do cuidador, atendendo às características dos itens que a integram. Tanto a escala como os itens que a compõem evidenciaram uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach= 0,857, com alfa dos itens a variar entre 0,818 e 0,859), e que explica 58,666% da variância.

A análise de correlação estabelecida entre a solidão e o número de elementos do agregado familiar, permitiu verificar que quanto maior o número de elementos do agregado familiar, menor o nível de solidão. Verificou-se ainda que a dificuldade em conjugar o trabalho com o cuidado aumenta com o aumento da solidão e que, quanto mais elevada é a idade do cuidador, maior o nível de solidão. A análise de regressão linear simples permitiu concluir que existe uma relação linear positiva entre a sobrecarga e a solidão onde 27,5% da variação da sobrecarga é explicada pela solidão e quando a esta aumenta um ponto, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,5 pontos ( $\beta= 0,528$ ). Estes resultados são corroborados por inúmeros estudos que mencionam o risco de solidão e de isolamento social dos cuidadores e da importância das redes de suporte social, designadamente: Romão et al (2003); Nakatani et al (2003); Sousa e Figueiredo (2004); Bocchi (2004); Wingecarribee (2006); Baltar, Cerrato, Trocóniz e

González (2006); Lopez e Martinez (2007); Figueiredo e Sousa (2008); Ricarte (2009) e Boyer (2009).

### Discussão dos resultados relativos ao 3º objectivo

No presente trabalho, aplicou-se uma adaptação da escala de estereótipos negativos desenvolvida por Magalhães (2008), posteriormente submetida a uma análise factorial, utilizando a mesma metodologia preconizada pelo autor. Através da Reability analysis obteve-se um alfa de Cronbach = 0,860, evidenciando uma boa consistência interna. Este resultado é ligeiramente superior à consistência interna alcançada no estudo original (alfa de Cronbach = 0,823). Uma vez submetidas as respostas a uma análise factorial, houve necessidade de eliminar o item 8, por ter saturação inferior a 0,4. Posteriormente, a análise agrupou as respostas em quatro factores que explicam 50,93% da variância. No estudo desenvolvido por Magalhães (2008), a análise factorial reduziu as respostas a cinco factores que explicavam 33,983% da variância total. Esta diferença pode dever-se às características das duas amostras que, no presente estudo, é constituída por cuidadores informais de idosos dependentes, enquanto no estudo de Magalhães era composta por 375 estudantes do ensino superior. Por outro lado, o número de itens utilizados nesta investigação foi inferior ao utilizado pelo autor na escala que construiu.

Os resultados obtidos sobre a prevalência dos estereótipos negativos nos cuidadores informais, evidenciam que, das respostas concordantes apresentadas, as predominantes estão incluídas na dimensão de estereotipia de declínio psicológico. Apesar disso, nos dados recolhidos, destaca-se claramente o número de respostas discordantes em relação aos estereótipos negativos questionados, facto que está em concordância com os resultados obtidos por Magalhães (2010: 815), uma vez que o autor também concluiu que “Uma elevada percentagem da amostra concorda com a totalidade dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa”. Além disso, secundam as opiniões de Rodriguez e Postigo

(2004) e Royo et al (2006) que afirmam que, na actualidade, existe a tendência para uma visão mais positiva da velhice.

Os resultados da análise de correlação estabelecida no presente estudo entre variáveis quantitativas, evidenciou que à medida que aumenta a idade do cuidador aumenta também o valor da escala global de estereótipos negativos e de todas as dimensões à excepção da estereotipia de declínio psicológico. Na comparação de médias não se verificaram diferenças estatisticamente significativas segundo o género. Estes resultados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Palacios, Torres e Mena (2009), num estudo em que envolveram 757 pessoas não institucionalizadas, com idades compreendidas entre 65 e 96 anos de idade, onde verificaram a existência de diferenças significativas nos estereótipos segundo a idade, mas não segundo o género.

No presente estudo verificou-se ainda os cuidadores que não possuem qualquer grau de escolaridade apresentam médias mais elevadas na escala global de estereótipos e em todas as dimensões, facto que vai também ao encontro dos resultados obtidos pelos autores acima referenciados, uma vez que, também eles concluíram que as pessoas com menor nível de habilitações apresentam maior pontuação de estereótipos em duas das dimensões por eles estudadas.

A análise de regressão linear simples utilizada para estudar a relação entre a sobrecarga do cuidador e os estereótipos, permitiu verificar que existe uma relação linear entre as duas variáveis ( $R=0,339$ ) e constatar que, quando o somatório global da escala de estereótipos aumenta um ponto, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,3 pontos. Estes resultados corroboram o descrito por Montorio et al (2002) ao afirmarem que a existência de estereótipos negativos se relaciona com condutas de maior protecção e que estas provocam o acréscimo do número de tarefas a executar. Esse acréscimo, além de fazer aumentar a sobrecarga do cuidador, conduz a situações de maior incapacidade e dependência do idoso, já que, como refere Trinidad (2002: 277), “...incapacitam todas aquelas atitudes cuja base icónica é o estereótipo de pessoa idosa e não aquelas que se baseiam em considerar a pessoa idosa como uma pessoa”. Vão ainda de encontro ao descrito por Moro e Rivera (2006), quando afirmam que os estereótipos transmitidos de geração em geração influenciam a qualidade dos cuidados e ainda com as conclusões de Montorio, Trocóniz, Colodrón e Losada (2002) quando

afirmam que os cuidadores que categorizam os idosos como doentes, débeis e incapazes de se auto-valerem, frequentemente percebem estes mesmos termos acerca do idoso que têm ao seu cuidado, evidenciando a existência de uma relação entre os estereótipos negativos da velhice e os comportamentos de maior protecção. Estes comportamentos podem implicar uma diminuição de capacidade do idoso dependente e, conseqüentemente, um aumento da dependência que, por sua vez, irá reforçar a imagem negativa que o cuidador tinha previamente.

### Discussão dos resultados relativos ao 4º objectivo

As respostas obtidas na escala de auto-eficácia do cuidador foram submetidas a uma análise factorial com rotação Varimax, metodologia distinta da utilizada pelos autores, que recorreram à análise factorial com rotação Promax. A metodologia utilizada pelos autores reduziu os itens a 3 factores que explicavam 62% da variância total, enquanto a rotação Varimax, utilizada na presente investigação, reduziu os itens a 4 factores que explicam 68,06% da variância total.

A análise da consistência interna da escala adaptada revelou-se boa, dado que se alcançou um valor de Alfa de Cronbach = 0,879, variando a consistência interna de cada factor entre 0,864 e 0,916 (valores de Alfa de Cronbach), corroborando os resultados obtidos por Steffen et al (2002) que afirmaram que a consistência interna de todas as dimensões foi superiores a 0,8 (valores de Alfa de Cronbach). As diferenças verificadas, mais do que à diferença de metodologia utilizada, devem-se à duplicação das questões no domínio da auto-eficácia para obtenção de uma pausa. Lembra-se que, no presente estudo, cada pergunta deste domínio foi duplicada, tendo sido elaborada uma questão para os amigos que se repetiu para os familiares, por se entender que a solicitação de ajuda a um familiar assume características diferentes daquela que é feita a um amigo. Outra diferença importante a assinalar no presente estudo, reside no facto de o item “ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar” saturar no factor auto-eficácia para responder a

comportamentos inadequados da pessoa cuidada, enquanto no estudo desenvolvido pelos autores saturou na sub-escala auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar. Parece, assim, que a amostra de cuidadores estudada inclui os problemas de comportamento da pessoa cuidada como possíveis problemas futuros.

Para além disso, realça-se que os cuidadores estudados na presente investigação cuidam de idosos com dependência física e/ou mental, enquanto nos estudos desenvolvidos pelos autores, as amostras inquiridas eram constituídas, apenas, por cuidadores de idosos com demência de Alzheimer ou de outro tipo. Essa diferença poderia ter conduzido à exclusão do item. Tal não foi efectuado, atendendo a que se tratava de uma questão elaborada pelos autores e o valor da correlação item-total de 0,491 viabilizava a sua inclusão. Manteve-se, no entanto, no factor onde saturou e não na sub-escala definida pelos autores.

Nos estudos de Steffen et al (2002) as três sub-escalas puseram em evidência correlações modestas entre elas, facto que também se verificou na presente investigação, onde as correlações obtidas variavam entre baixas e moderadas. Neste estudo, a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar correlacionou-se de forma moderada e altamente significativa ( $r_s=0,330$ ;  $p<0,001$ ), com a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, resultados que estão em concordância com as correlações achadas por Steffen et al (2002) que verificaram que estas duas sub-escalas se correlacionavam de forma significativa.

Os autores referem que a utilização do somatório total da escala pode mascarar significativamente as relações entre as sub-escalas e outros constructos, pelo que aconselham a utilização das pontuações obtidas nas sub-escalas, em alternativa ao uso da soma total. Apesar disso, no presente estudo, quando se pretendeu apurar se existia uma relação linear entre a auto-eficácia e o global de sobrecarga, recorreu-se à pontuação global da escala de auto-eficácia, optando-se por utilizar as quatro sub-escalas identificadas na análise de regressão múltipla.

Na análise de regressão linear simples, verificou-se a existência de uma relação linear baixa entre as duas variáveis ( $R=0,192$ ). Verificou-se ainda que o modelo explica

3,3% da variação do nível de sobrecarga global e que, quando a auto-eficácia aumenta um ponto, a sobrecarga diminui aproximadamente 0,2 pontos ( $\beta=-0,192$ ). Os resultados obtidos confirmam as opiniões de autores como Melo (2005) que afirma que a auto-estima e a auto-eficácia do cuidador são determinantes na percepção de sobrecarga e influenciam o desempenho do seu papel. Também Sequeira (2010: 198) afirma que “Cuidadores... com uma boa percepção de auto-eficácia estão em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento de sobrecarga”.

### Discussão dos resultados relativos ao 5º objectivo

A análise de regressão múltipla efectuada permitiu verificar que a solidão experimentada pelo cuidador informal de idosos dependentes constitui o melhor preditor do nível de sobrecarga, já que, mantendo todas as variáveis restantes no modelo, por cada variação de um ponto na solidão, a sobrecarga aumenta aproximadamente 0,4 pontos. O modelo excluiu dois dos factores da escala de estereótipos negativos e manteve a estereotipia de declínio físico e cognitivo ( $\beta=0,174$ ) e a estereotipia de declínio biológico ( $\beta=0,114$ ), como duas das melhores variáveis preditivas do nível de sobrecarga.

Num primeiro passo, o modelo retirou a auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos familiares. Manteve, no entanto, as restantes dimensões como variáveis preditivas da variação do valor global de sobrecarga.

A auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos amigos contribui com uma diminuição de, aproximadamente, 0,15 pontos no global de sobrecarga, por cada aumento de um ponto neste domínio.

A auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada contribui para a diminuição da sobrecarga com 0,14 pontos por cada aumento de um ponto neste domínio de auto-eficácia.

Esperar-se-ia que o domínio da auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar também contribuísse para a diminuição do nível global de sobrecarga. Contrariamente, os resultados apontaram na direcção oposta, tendo-se verificado que contribui com um aumento de, aproximadamente, 0,16 pontos no valor global de sobrecarga por cada aumento de um ponto nesta dimensão da auto-eficácia. Este resultado corrobora a opinião de Steffen et al (2002) quando afirmam que baixos níveis de auto-eficácia para, calmamente, responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e controlar pensamentos negativos, podem fazer aumentar a raiva e a ansiedade ao longo do tempo. Afirmam, ainda, que a baixa auto-eficácia pode reduzir a probabilidade da utilização de estratégias de coping cognitivo, como a substituição de pensamentos negativos. A este respeito, Sequeira (2007), num estudo que desenvolveu para analisar e avaliar as estratégias de coping do cuidado, no qual utilizou o Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI), verificou que na categoria “Lidar com sintomas de stress”, havia estratégias que não são habitualmente utilizadas pelos cuidadores. Entre elas está o uso de técnicas de relaxamento, meditação ou outras, que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes referiram não utilizar. No mesmo estudo concluiu que 67,5% dos cuidadores de idosos com demência faziam uso da estratégia de “arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão, etc.”, enquanto apenas cerca de metade (49,5%) dos cuidadores de idosos sem demência recorria ao uso dessa estratégia.

Face aos resultados obtidos com a concretização dos cinco primeiros objectivos definidos para este estudo, parece poder deduzir-se que, nesta amostra, a sobrecarga do cuidador, mais do que às suas características individuais, se relaciona com sentimentos (solidão), crenças (estereótipos acerca das pessoas idosas) e percepções (auto-eficácia).

### Discussão dos resultados relativos ao 6º objectivo

Finalmente no presente estudo almejou-se ainda verificar se a auto-eficácia constitui uma variável mediadora do nível de sobrecarga. Seleccionaram-se como

variáveis independentes para além da solidão, as duas dimensões da escala de estereótipos que, na análise anterior resultaram como variáveis preditivas do valor da sobrecarga, e como variáveis mediadoras, as três dimensões da escala de auto-eficácia do cuidador que também se tinham evidenciado como variáveis preditivas da sobrecarga.

Os resultados evidenciaram que a auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar são mediadoras do nível de sobrecarga induzido pela solidão.

Verificou-se ainda que a estereotipia de declínio biológico não possui efeitos directos sobre a sobrecarga, possuindo apenas efeitos indirectos mediados pela auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar via auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

A estereotipia de declínio físico-cognitivo apresenta apenas efeitos directos sobre a sobrecarga, não apresentando efeitos indirectos.

Ainda que parcialmente, porque nem todas as dimensões da escala de auto-eficácia do cuidador resultaram significativas, os resultados obtidos vão de encontro ao preconizado por Bandura (1982; 1994; 1998) quando refere que quanto mais elevada for a percepção de auto-eficácia, mais forte e persistente será o esforço empregado, e que as perspectivas de auto-eficácia promovem a realização pessoal, reduzem o stress e a vulnerabilidade para a depressão. Vão ainda ao encontro do descrito por Bzuneck (2001) quando refere que as perspectivas de eficácia dizem respeito a uma avaliação pessoal que inclui a inteligência, habilidades e conhecimentos, e que existe ainda um componente de finalidade, que contempla as exigências requeridas pela situação em questão, pelo que as pessoas que acreditam serem auto-eficazes atendem concomitantemente às próprias potencialidades, ao objectivo de cumprirem as exigências da situação em questão e ainda às acções que conduzem à concretização desse objectivo.

Os resultados são ainda corroborados por Pajares e Olaz (2008) ao referirem que as pessoas são auto-organizadas, auto-reflexivas e auto-reguladas, e não organismos

reactivos que são moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores encobertos, defendendo que as crenças que as pessoas possuem acerca de si mesmas constituem elementos chave no seu exercício de controlo e agência pessoal. As pessoas são o resultado do ambiente e sistema social, mas são simultaneamente produtores desses mesmos ambientes.

Também os resultados obtidos por Steffen et al (2002) corroboram os resultados obtidos na presente investigação, dado que no estudo por si desenvolvido concluíram que a percepção de auto-eficácia para a obtenção de uma pausa nas pressões do cuidar estava relacionada com apoio social percebido, referindo que a percepção de eficácia social propicia o desenvolvimento de relações sociais de suporte e, que por sua vez, o apoio social aumenta a percepção de auto-eficácia.

Noutro estudo desenvolvido por Gilliam e Steffen (2007) junto de 74 mulheres cuidadoras, concluiu-se que existia uma relação negativa entre a auto-eficácia do cuidador e os sintomas depressivos. No entanto, não encontraram evidências para comprovar a hipótese de que a auto-eficácia actuava como mediadora, de tal forma que a relação entre os stressores objectivos (como o deficit cognitivo e problemas comportamentais) e os sintomas depressivos do cuidador, fossem mais acentuados nos cuidadores com menor auto-eficácia, facto que contraria parcialmente os resultados obtidos no presente estudo.

## **9 – Principais Conclusões do Estudo**

Associadas à prestação de cuidados a um idoso dependente, existem múltiplas repercussões a que diversos autores dão o nome de sobrecarga, processo que motivou o desenvolvimento da presente investigação da qual se destacam as principais conclusões:

Do estudo efectuado à amostra de cuidadores realça-se que existe um predomínio de pessoas do género feminino, casadas, filhas da pessoa cuidada e com habilitações literárias ao nível do ensino básico. A média de idades é próxima dos 60 anos, sendo que a maior representatividade recai nas pessoas com mais de 70 anos.

Apenas uma pequena percentagem de cuidadores referiu trabalhar fora de casa e evidencia, simultaneamente, dificuldades na conciliação das duas funções. Estas características são coincidentes com as de outras amostras utilizadas nas inúmeras investigações acerca da temática do cuidador informal de idosos dependentes. Realça-se no entanto que, em virtude do contexto onde o estudo decorreu, uma zona com características predominantemente rurais, com um acentuado envelhecimento populacional, por força da contínua diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, e muito especialmente pelo fenómeno do êxodo rural, a maioria dos cuidadores estudados pertence já ao grupo de pessoas com 70 e mais anos de idade, constituindo-se, assim, como cuidadores idosos que cuidam de outros idosos dependentes quando, muito provavelmente, eles próprios teriam já necessidade de também eles serem cuidados. Esta assunção é comprovada pela prevalência mais elevada das doenças crónicas no grupo de cuidadores que pertencem ao grupo etário dos 65 e mais anos.

Mais de metade dos cuidadores afirmou que obtinha ajuda no cuidado ao idoso dependente, sendo essa ajuda prestada, maioritariamente, por serviços de apoio domiciliário. Dos cuidadores que afirmaram não receber ajuda, mais de metade mencionou vontade de a ter, e elegia os familiares como primeira opção para o

fornecimento da mesma. Esta vontade pode advir do facto de, tradicionalmente, se entender a família como a unidade social a quem compete primariamente o cuidado ao idoso dependente. Pode ainda entender-se que, apesar da existência destes serviços de apoio social, muitas vezes eles não são utilizados, por três razões essenciais: o desconhecimento da sua existência; a inexistência destes apoios na zona de residência ou ainda as dificuldades para cobrirem os encargos inerentes à sua utilização. Esta poderá ser, quiçá, a principal razão para a sua não utilização dada a realidade da amostra cuidada, constituída maioritariamente por cuidadores que auferem reformas de baixo valor e o recurso aos serviços de apoio formal significar o aumento do quantitativo, já por si grande, dispendido nas actividades do cuidado.

Constatou-se que aproximadamente metade dos cuidadores evidenciava níveis de sobrecarga intensa e cerca um quarto da amostra apresentava níveis de sobrecarga ligeira. Verificou-se ainda que a sobrecarga global e o stress psicológico se correlacionavam de forma significativa com a idade, permitindo concluir que quanto maior a idade, maior o global de sobrecarga e de stress psicológico.

Conclui-se que a solidão do cuidador diminui com o número de elementos do agregado familiar e aumenta com a idade e com a dificuldade na conjugação do trabalho com a função cuidativa, verificando-se que quem trabalha fora de casa apresenta níveis mais baixos de solidão que aqueles que apenas desenvolvem a função do cuidar. Concluiu-se ainda que existe uma relação linear entre solidão e a sobrecarga, evidenciando que quando a solidão aumenta, aumenta concomitantemente a sobrecarga.

Como foi referido anteriormente, o tipo de estereótipos prevalentes no cuidador determina a tipologia de cuidados prestados. No presente estudo pode constatar-se que a prevalência de estereótipos aumenta com a idade do cuidador e diminui com o número de elementos do agregado familiar. Pode ainda concluir-se que os estereótipos acerca das pessoas idosas são mais prevalentes nos cuidadores com menores níveis de habilitações literárias e com menores contactos sociais, uma vez que se verificou que quem não exerce uma ocupação fora de casa, apresenta médias mais elevadas de estereótipos, tanto no global da escala como nas dimensões de estereotipia de declínio cognitivo e social; estereotipia de declínio físico e cognitivo e estereotipia de declínio biológico. Verificou-se ainda que, aqueles que são cônjuges da pessoa cuidada

apresentam médias mais elevadas na escala global de estereótipos e em todas as dimensões a ela subjacentes; os viúvos obtiveram médias mais elevadas de estereotipia de declínio psicológico e as pessoas não escolarizadas e com habilitações literárias mais baixas apresentaram médias de estereótipos mais elevadas. Por sua vez, a análise de regressão linear simples permitiu verificar uma relação linear entre o global de sobrecarga e o global da escala de estereótipos.

Os cuidadores evidenciaram níveis médios de auto-eficácia global, para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos familiares. Já nas dimensões de auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos amigos e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, os níveis de auto-eficácia encontrados foram baixos. Constatou-se ainda que quanto maior o número de elementos do agregado familiar mais elevadas são: a auto-eficácia global e a necessidade de obtenção de uma pausa. As mulheres comparativamente aos homens evidenciaram médias mais elevadas de auto-eficácia global e nas dimensões de auto-eficácia, para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto da família; os cuidadores casados apresentaram médias mais elevadas de auto-eficácia global e nas dimensões de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, auto-eficácia para obtenção de uma pausa junto da família e para obter uma pausa junto dos amigos que os restantes cuidadores; os que possuem o ensino básico obtiveram médias mais elevadas de auto-eficácia global, enquanto os que possuem o ensino superior possuíam médias mais elevadas de auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Concluiu-se ainda que existe uma relação linear negativa entre a auto-eficácia global e a sobrecarga intuindo-se que quando a auto-eficácia aumenta, a sobrecarga diminui.

Através da análise de regressão linear múltipla pode concluir-se que, no presente estudo, a solidão constitui o melhor preditor da variação do valor global da sobrecarga. Seguem-se por ordem decrescente: a estereotipia de declínio físico e cognitivo; a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar; a auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos amigos; a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e a estereotipia de declínio biológico.

Esperar-se-ia que a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar contribuísse também para a diminuição da sobrecarga do cuidador. No entanto, tal não se verificou. Os resultados obtidos revelaram que esta dimensão da auto-eficácia do cuidador contribui para o seu aumento.

Finalmente, quando se procedeu à análise para verificar se a auto-eficácia constitui uma variável mediadora na sobrecarga quando esta é desencadeada pela solidão e pelos estereótipos acerca das pessoas idosas, pode concluir-se que a solidão apresenta dois efeitos indirectos na sobrecarga, mediados através da auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e da auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, concluindo-se que uma percentagem muito elevada (95%) da associação da sobrecarga com a solidão pode atribuir-se ao efeito total hipoteticamente casual entre as duas variáveis;

- A estereotipia de declínio físico-cognitivo tem efeito directo na sobrecarga, mas não apresenta efeitos indirectos, concluindo-se que 75% da associação da sobrecarga com a estereotipia de declínio físico-cognitivo pode ser atribuída ao efeito total hipoteticamente casual entre as duas;

- A estereotipia de declínio biológico não apresenta efeito directo sobre a sobrecarga, apenas se verificaram efeitos indirectos mediados pela auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar (via auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada).

Estas conclusões permitem afirmar, ainda que parcialmente, que a auto-eficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos, para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, actuam como mediadoras do nível de sobrecarga induzida pela solidão e pela estereotipia de declínio físico-cognitivo e de declínio biológico.

Finalmente, em termos de conclusões, entende-se que a idade dos cuidadores deve constituir por si só motivo de preocupação para os profissionais de saúde com consequente necessidade de intervenção nomeadamente na vigilância e controle da saúde destes cuidadores.

Também as proporções de sobrecarga observadas evidenciam a necessidade da utilização da entrevista de carga do cuidador como rotina na entrevista de avaliação do seu estado de saúde. Esta avaliação conduziria necessariamente à inclusão de conteúdos (em termos de educação para a saúde individual) que contribuíssem para a aquisição de competências no cuidar, e conseqüente prevenção e/ou redução da sobrecarga.

Os resultados obtidos evidenciam ainda claramente a importância das redes sociais na prevenção e controle da solidão do cuidador, dado que, como referido anteriormente, a solidão constitui-se como uma das variáveis mais importantes na variação do nível de sobrecarga. Assim, seria de extrema utilidade o incentivo à constituição de grupos de voluntários, ou grupos de ajuda mútua que pudessem cooperar nesta prestação informal de cuidados, servindo simultaneamente como agentes de suporte emocional do cuidador informal de idosos dependentes.

Face às conclusões torna-se clara a necessidade de planeamento, execução e avaliação de intervenções psicoeducativas junto dos cuidadores, no sentido de aumentar a sua auto-eficácia para o cuidado e tentar minimizar os efeitos dos estereótipos na sobrecarga do cuidador.

## 9.1 – Limitações do Estudo

O presente estudo reveste-se de dupla face: por um lado, o sentimento de mais uma tarefa concluída e, por outro, a vontade de continuar com esta linha de investigação acerca do cuidador informal de idosos dependentes.

Vários foram os obstáculos encontrados e, que de forma mais ou menos fácil tiveram de ser ultrapassados. O principal prendeu-se com o facto da realização desta investigação ter sido efectuada simultaneamente com o desenrolar duma actividade profissional tão exigente como a docência no ensino superior e as funções a ela inerentes. Depois, a grande área que o distrito de Bragança ocupa e que, apesar da colaboração obtida, obrigou a deslocações de centenas de quilómetros, por vezes em vias de acessibilidade muito precárias. Estes dois factos condicionaram seguramente a

quantidade de cuidadores entrevistados, levando a que a representatividade da amostra não fosse a desejada. Por esse motivo, e ainda porque o estudo se desenvolveu num contexto específico de interioridade e ruralidade, entende-se que a validade externa do presente estudo pode estar condicionada e, desta forma, não se poderem extrapolar as conclusões para o global da população de cuidadores.

Dadas as conclusões apresentadas no presente capítulo, entendeu-se como pertinente o desenho de um projecto de intervenção e ajuda ao cuidador informal de idosos dependentes que residam na cidade de Bragança, apresentado no capítulo seguinte.

## **10 - Implicações (utilidade) Práticas Derivadas da Investigação**

Quase todos os estudos desenvolvidos acerca desta temática do cuidador informal de idosos dependentes enfatizam que o mesmo constitui um elemento fundamental para a manutenção da melhor qualidade de vida possível do idoso, ou idosos cuidados (Madureira, 2010), bem como um elemento chave na comunicação com os serviços de saúde ( Bermejo, 2005), e ainda na prevenção da institucionalização e internamento dos idosos dependentes.

Apesar da importância relevante que assume, o cuidador informal continua a ser o actor esquecido e ignorado, quer pelos prestadores formais de cuidados, quer pela sociedade em geral e, acima de tudo pelas entidades governamentais.

No entanto, como amplamente referido na bibliografia, e estudado na presente investigação, o cuidador, decorrente da função que executa, é vulgarmente acometido de sobrecarga, e que se pode manifestar de forma objectiva e subjectiva.

Efectivamente, são várias as repercussões associadas ao acto do cuidar que se repercutem na vida pessoal, familiar e social do cuidador. Sequeira (2010:194) afirma que “A natureza das repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa com dependência física/mental emerge, essencialmente, de contextos dinâmicos que interagem entre si, onde se verifica um processo de influência mútua”.

Afirma ainda que, apesar de haver variações individuais decorrentes das características de cada cuidador e do tipo de relação existente, há vários factores determinantes para que as repercussões se manifestem, nomeadamente:

- Perda da liberdade com incapacidade de manutenção de tempos livres como férias, fins-de-semana, etc.;
- Excesso de trabalho, tendo de assumir frequentemente tarefas nunca antes executadas;

- Desconhecimento da(s) doença(s), forma como se manifesta(m), e como lidar com essas manifestações;
- Dificuldades financeiras decorrentes do aumento de gastos (com fraldas, medicação...), ou ainda com a redução de rendimentos por redução do trabalho (ou a sua ausência).

As conclusões obtidas na presente investigação desenvolvida junto de 232 cuidadores informais de idosos dependentes, residentes no distrito de Bragança, situado no Nordeste de Portugal, apontam para uma prevalência elevada de cuidadores (44,4%) que padecem de sobrecarga intensa e 24,6% evidenciavam sobrecarga ligeira.

Verificou-se ainda que essa sobrecarga, mais do que às características do cuidador, se relacionava com a solidão evidenciada, com os estereótipos acerca das pessoas idosas que prevalecem nos cuidadores e com a auto-eficácia do cuidador, sendo que os dois primeiros factores contribuem para o seu aumento, enquanto a auto-eficácia contribui para a sua diminuição.

Para além disso, verificou-se ainda que a solidão, a estereotipia de declínio físico-cognitivo, a auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, a auto-eficácia para obter uma pausa junto da rede social dos amigos, a auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e a estereotipia de declínio biológico constituem o melhor conjunto de variáveis preditivas da variação do valor global da sobrecarga.

Por fim, verificou-se que a sobrecarga induzida pela solidão é mediada pela auto-eficácia para obter uma pausa junto dos amigos e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar, e que a estereotipia de declínio biológico possui dois efeitos indirectos na sobrecarga mediados pela auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e pela auto-eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar (via auto-eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada).

Por outro lado, ao longo desta trajectória que tem sido o desenvolvimento desta investigação, várias têm sido as solicitações (conforme currículo) para abordagem do tema da sobrecarga do cuidador, facto que foi sempre abraçado com o maior carinho e

disponibilidade. Mas, essa intervenção, apesar de profícua, já que a abordagem do tema para o maior número possível de pessoas – cuidadores informais, formais, profissionais de saúde, população em geral – é sempre benéfica, porque maior divulgação da problemática é alcançada, parece insuficiente para uma efectiva intervenção comunitária.

Assim, perante as conclusões do estudo, entendeu-se como necessário implementar um programa de apoio ao cuidador informal de idosos dependentes.

Foi então pensado desenvolver um projecto de voluntariado de apoio ao cuidador e, concomitantemente ao idoso cuidado, envolvendo duas instituições da cidade de Bragança:

- Escola Superior de Saúde de Bragança
- Centro de Saúde de Bragança

## 10.1 – Finalidade e Objectivos do Projecto

Porque o cuidar se constitui como uma actividade complexa que exige habilidades como a empatia, paciência, dedicação e esforço físico e psicológico (Tobio et al, 2010), este projecto tem como finalidade o desenvolvimento de acções com vista à aquisição de competências na arte do cuidar e de cuidar-se, que por sua vez se irão reflectir na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo concomitantemente para o incremento da qualidade de vida do cuidador e do idoso cuidado.

Face ao exposto, são definidos os seguintes objectivos:

- Elaborar o diagnóstico da situação dos cuidadores que desejem fazer parte do programa, incluindo:
  - Avaliação da funcionalidade da família;
  - Sobrecarga do cuidador;

- Auto-eficácia do cuidador;
- Principais dificuldades sentidas pelo cuidador;
- Avaliação da dependência do idoso cuidado.
- Com base no diagnóstico elaborado, desenvolver estratégias de intervenção com vista à diminuição da sobrecarga do cuidador e à melhoria da sua auto-eficácia, melhorando concomitantemente os cuidados prestados.

Para a consecução desses objectivos serão desenvolvidas intervenções como:

- Criação de um grupo de voluntariado (jovem com inclusão de estudantes dos cursos de enfermagem e gerontologia e outras pessoas interessadas em participar), constituindo-se como grupo de auto-ajuda, protocolado pelas duas instituições;
- Criação de grupo para formação do cuidador que inclua enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social, psicólogos, gerontólogos, entre outros.
- Elaboração e distribuição de um guia do cuidador.

## 10.2 – Implementação do Projecto

A Escola Superior de Saúde é uma instituição pública de formação de nível superior que tem como missão a formação de 1º e 2º ciclo, a formação pós-graduada, a investigação e a prestação de serviços à comunidade, no domínio da saúde.

Um dos cursos de formação pós-graduada que ministra é o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária do qual a autora da presente investigação, exerce o cargo de director de curso, e que é frequentado por enfermeiros com pelo menos dois anos de exercício profissional

Do seu plano curricular, faz parte, em contexto de estágio, o desenvolvimento do diagnóstico da situação de saúde de grupos ou comunidades e consequente intervenção comunitária. No presente ano lectivo, foi decidida a realização do diagnóstico da situação ao nível dos cuidadores informais de idosos dependentes, em parceria com o Centro de Saúde de Bragança, e que terá início no final de Fevereiro de 2012.

Seguir-se-á a elaboração de programas e projectos de intervenção, onde a intervenção destes estudantes terá de, obrigatoriamente, estar concluído no mês de Junho.

Apesar disso, e decorrente dos protocolos estabelecidos, a intervenção será continuada.

### 10.3 – Responsabilidades das Partes

Apesar de se entender o presente projecto como um trabalho de parceria com consequente partilha de responsabilidades e sinergias, cada uma das instituições terá a seu cargo o seguinte:

- Escola Superior de Saúde de Bragança – Responsável pelo planeamento e realização das actividades de formação, quer aos cuidadores, quer ao grupo de voluntários;

- Centro de Saúde de Bragança- Responsável pela avaliação da saúde do cuidador e da pessoa cuidada, bem como a prestação de cuidados de saúde específicos;

- As duas entidades assumirão a responsabilidade conjunta pelo desenvolvimento do programa de voluntariado, em estreita colaboração com os restantes parceiros;

### 10.4 – Avaliação do Projecto

O projecto será submetido a pelo menos duas avaliações anuais:

- A primeira compreenderá a avaliação da situação do cuidador e idoso cuidado;

- A segunda que, para além da avaliação efectuada anteriormente, incidirá também a avaliação da satisfação para com o projecto (por parte de todos os intervenientes), bem como dos recursos utilizados

## 11 – Bibliografia

- Aguirre, M. K. (2005). *Depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia y su asociación con la sensación de sobrecarga, en el servicio de neurología de la consulta externa de hospitales generales, Quito*. Obtido em 17 de Agosto de 2011, de Pontificia Universidad Católica del Ecuador:  
<http://www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav5.pdf>
- Álamo, A. (2004). Sobrecarga Psicofísica en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer: Causas, Problemas y Soluciones. *Psicología online (periódico na internet)*. (consultado em Dezembro de 2009).
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares - uma visão sistémica, 3ª ed.* Coimbra: Quarteto editora.
- Allen, C. (2003). Ensuring the Health and Wellness of our Nation's Family Caregivers. *Town Hall Meeting* (pp. 1-4). WASHINGTON D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Alto Comissariado da Saúde, (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal. *PNS em Foco - Boletim Informativo nº 2*, pp. 1-4.
- Alvarez, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*. Madrid, IMSERSO.
- Álvarez, M.S. & Vigil, P.A. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (60). Disponível em [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est11.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est11.pdf) (consultado em Janeiro 2012).
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados.

Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.

Arrazola, F.J.L., Lezaun, J.J.Y., Manchola, E.A., Méndez, A.U. (2001). *La valoración de la Personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico*. Madrid. Caritas.

Baltar, A. L. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Obtido em 28 de Maio de 2011, de Imsero Mayores: <http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Baltar, A. L., Cerrato, I. M., Trocóniz, M. I., & González, M. M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), pp. 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall.

Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric. *American Psychologist*, 46 (2), pp. 157-162.

Bandura, A. (1994, reprinted in 1998). Self-efficacy. In V. S. (Ed.), *Encyclopedia of human Behaviour (vol 4) (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health*. (pp. 71-81). San Diego: Academic Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2000). Cultivates Self-efficacy for personal and organizational Effectiveness. In E. A. Locke, *handbook of principles of organization behavior* (pp. 120-135). Oxford, UK: Blackwell.

- Bandura, A. (2002). The Growing Primacy of Perceived Efficacy in Human self-Development, Adaptation and Change. Comunicação apresentada à Universitat Jaume I. 12 de Junho. 35-51.
- Bandura, A. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Connecticut: Frank Pajares & Tim Urdan.
- Bandura, A. (2008a). O Exercício da Agência Humana pela Eficácia Coletiva. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. & Polydoro, *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos* (pp. 115-122). Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (2008b). The reconstrual of "free will" from the agentic prespective of social cognitive theory. In J. Baer, & J. K. Baumeister, *Are we Free? Psychology and Free Will* (pp. 86 - 127). Oxford: Oxford University press.
- Barahona, A. L. (2005). *La importancia de un buen cuidador; Guia para cuidadores de personas dependientes. 2ª ed.* Logroño: Gobierno de la Rioja, Juventud, Familia y Servicios Sociales.
- Beeson, R.A. (2003). Loneliness and Depression in Spousal Caregivers of Those With Alzheimer's Disease Versus Non-Caregiving Spouses. *Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XVII, No. 3 (June): 135-143*
- Bermejo, C. (2005). *Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar.* Nure Investigación, ( 11), pp. 1-7.
- Bianchi, X. G., & Estremero, J. (2003). *Ciclo Vital: Crises Evolutivas. Área de Salud Mental; Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.* Unidad de Medicina Familiar y preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires, pp. 1-8.
- Bocchi, S. C. (2004). *Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento.* Rev Latino-am Enfermagem; 12(1), pp. 115-121.

- Bonfim, C.de J. & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia: condições de localização, instalação e funcionamento*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Bonfim, C.de J. & Veiga, S.M. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário: condições de localização, instalação e funcionamento*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Boyer, P. C. (2009). *Cuidadores de personas mayores con discapacidad y Unidades de Estancia Diurna en Andalucía*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces; consejería de la presidencia.
- Bowd, A. D. (2003). Stereotypes of Elderly Persons in Narrative Jokes. *Research on Aging*. SAGE : <http://www.sagepublications.com> (obtido a 9 de Outubro de 2010).
- Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos Prestadores de Cuidados a familiares Idosos*. Coimbra, Quarteto
- Buendía, J. (1998). *Família y Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bzuneck, J. A. (2001). As Crenças de Auto - eficácia e o seu papel na Motivação do aluno. In E. & Boruchovitch, *A Motivação do aluno: Contribuição da Psicologia Contemporânea* (pp. 116 - 133). Petrópolis: Vozes.
- Canço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Famílias*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2005). *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. Lisboa: INE.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2010). *A situação demográfica recente em Portugal*. Lisboa, INE
- Centro de Estudos (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos séniores em Portugal*. Lisboa: Cedru.

- Center on an Aging Society (June de 2005). *How do Family Caregivers Fare? A closer Look at their Experiences. Family Caregivers of Older Persons*, pp. 1-5.
- Center on an Aging Society (August de 2005). *Caregiving and Paid Work; are there trade-offs? Family Caregivers of Older People (4)*, pp. 1-6.
- Cerrato, I. M., Trocóniz, M. I., López, A. L., & Colondrón, M. S. (1998). *La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga*. *Anales de Psicología*, vol 14 (2), pp. 229-248.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia. (2007). *Mil Milhões de Euros em Tecnologias Digitais para ajudar os Europeus a Envelhecer Melhor. IP/07/831, Bruxelas*.
- Costa, M. A. (2001). Ser Idoso; O Indefinido Instinto da Imortalidade. *Revista Humanidades: Cultura e Cidadania (4)*, pp. 22-23.
- Costa, A. J. (2003). *Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por amostra de domicílio*. Brasil: PNDA.
- Crespo, M. & López, J. (2004). Los costes de cuidar: Análisis del estado emocional de cuidadores informales de mayores dependientes. *JANO*, 1511, 78-79.
- Delgado, A., & Prieto, G. (2003). *Introducción a los Métodos de Investigación de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Direcção Geral de Saúde, D. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF ( Tradução e revisão de Amélia Leitão)*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de saúde (2007). *Pessoas em situação de Dependência: Boletim de Cuidados no Domicílio*. Lisboa. Programa Operacional de Saúde.
- Diwan, S., Hougham, G., & Sachs, G. (2004). *Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the Palliative*

- Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program.*  
"http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15684847. *Journal of Palliative Medicine*  
; 7 (6):797-807.
- Doña, R., & J, P. (2002). Envejecimiento Activo: un Marco Político. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*; 37 (S2), pp. 74-105.
- Duarte, Y. A., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O índice de Katz na Avaliação da Funcionalidade dos Idosos. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 41(2), pp. 317 - 325.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B. & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49: 23–32.
- Ernst, J.M. & Cacioppo, J.T. (1999). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied & preventive Psychology* 8: 1-22.
- Eurostat. (2009). *Health statistics - Atlas on mortality in the European Union*. Belgium: European Communities.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 26 (1), pp. 15 -24.
- Flórez L., J.A. (2000). El síndrome del cuidador. *JANO*, 58, 46-50.
- Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da "passagem à reforma". In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gallego,C.F. (2002). *Visita Domiciliária Programada de Enfermeria a Personas Mayoresde 65 años*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministério deSanidad y Consumo.

- García-Calvente, M. d., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria; 18 (Supl 1)*, pp. 132-139.
- Gil, J. L. (Outubro/Dezembro de 2001). A Travessia. *Revista Humanidades: Cultura e Cidadania (4)*, p. 3.
- Gila, M. J., Sánchez, R. O., Gómez-Caro, S., Oropesa, A. S., Morena, J. C., & Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar, 2 (7)*, pp. 332-334.
- Gilliam, C., & Steffen, A. (2007). *Aging Mental Health 10 (2)*. Obtido em 27 de Dezembro de 2011, de Aging Mental Health: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500310658>
- Gimeno, A. (1999). La familia: el desafío de la diversidad. Barcelona: Editora Ariel Psicología.
- Gonçalves, C. (2004). Pobreza e Exclusão nas Famílias com Idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos (35)*, pp. 143-159.
- González, F., Graz, A., Pitiot, D., e Podestá, J. (2004). *Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas*. Obtido em 17 de Agosto de 2011, de Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía: <http://www.ramosmejia.org.ar/>
- González-Valentin, A., & Gálvez-Romero, C. (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *GEROKOMOS 20 (1)*, pp. 15-21.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G.L. & Lopes, C.S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 21(3):703-714*.
- Guedea, M. T., Damacena, F. A., Carbajal, M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. Á., Lizárraga, L. V. (2009). Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade; 21 (2)*: pp. 242-249.

- Health Canada. (2002). *National Profile of Family Caregivers in Canada - 2002: Final Report*. Decima Research Inc.
- Hernandis, S. P. (2005). Estereotipos de las personas Mayores? Que significa "ser mayor"? *V Jornadas: mitos y realidades de las Personas Mayores* (pp. 7-21). Bilbao: Hartu-emanak.
- Hirdes, J. (2011). *Because this is the rainy day: a discussion paper on home care and informal caregiving for seniors with chronic health conditions*. Ontario. The Change Foundation.
- Hung, G. J., Sánchez, B. R., & Bello, A. M. (2003). Red Latinoamericana de Gerontologia. Obtido em 7 de Agosto de 2009, de Red Latinoamericana de Gerontologia: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=143>
- IMSERSO (2007). *Nace un Derecho para Todos*. Dossier. Minusval. (6) número especial. Enero/Febrero
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Sócio.Económica Recente das Pessoas Idosas. *Informação à comunicação Social: Destaque*.
- INE. (2003). Número de Crianças Diminui em Portugal. *INE: Informação à Comunicação Social; Destaque*.
- INE (2004). Projecções de População Residente, Portugal e NUTS II 2000-2050. *Informação à comunicação social: Destaque*.
- INE. (2009). *Estimativas provisórias de população residente, 2008 Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (19 de Março de 2009). Projecções de população residente em Portugal 2008 - 2060. *Destaque: Informação à comunicação Social*, pp. 1-5.
- INE. (2010). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 20 de Novembro de 2010, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic)
- INE. (2010). *Homens e Mulheres em Portugal*. Lisboa: INE.

- INE. (2011). *CENSOS 2011; resultados preliminares*. Lisboa: INE.
- INSERSO (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Assuntos Sociales.
- Iranzo, J. M (2005). Nuevos Modelos de Familia y Nuevas Situaciones: Conflictos Legales. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*; 15 (3), pp. 188-190.
- Jong-Gierveld, J. y Kamphuis, F.H. (1984). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- Lamura, G., Mnich, E., & Dohner, H. (2006). Future of informal care of older people in Europe: trends and challenges. *ElInclusion@EU International Workshop on "the contributions of ICTs to equal opportunities and work-life-balance of informal carers for older people"* (p. 77). Brussels: Eurofamcare.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.*; 22 (5), pp. 443-450.
- Laureano, R. M. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lavoz, E. E., Villarroel, V. M., Jaque, R. L., & Caamaño, P. R. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes en control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria*, Vol 18 (1), pp. 69-79.
- Lezaun, J. J. Y., Arrazola, F. J. L., Arrazola, M. L. (2001). *Apoyo Informal Y Cuidado de las Personas Mayores Dependientes. (PDF)* Matia Fundazioa. Disponible em [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos) (consultado em Agosto de 2007).
- Linde J.M.M., Velasco M.A.I., & Velasco, B. I. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, enero-junio, vol. 15 (1), 33-43.

- Loones, A., David-Alberola, E., & Eugene, S. (Décembre de 2005). Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile. *Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. Cahier de recherche (221)*, pp. 1-105.
- López, M. C., & Martínez, J. L. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema. Vol. 19, (1)*, pp. 72-80.
- Madureira, S. (2010). A educação dos cuidadores. *Revista Portuguesa de Clínica Geral (26)*, pp. 62-67.
- Magalhães, C.P. (2008). Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade da Extremadura.
- Magalhães, C. P. (2010). Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (2)*, pp. 815 - 825.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4(1), ISPA*, pp. 65 - 90.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS, 3ª edição revista e aumentada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martín, I. (2005). O cuidador informal no âmbito social. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 61-65). Lisboa: Climepsi editores.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 6*, 338-346.

- Martínez, A; Nadal, S; Beperet, M; Mendióroz, P y grupo Psicost (2000). *Sobrecarga de los Cuidadores Familiares de Pacientes con Esquizofrenia: Factores Determinantes*. Anales Sis San Navarra, 23 (supl. 1): 1001 – 110.
- Martinez Pascual, B., Díaz Palarea, M. D., Alonso, J. M., & Calvo, F. (s.d.). Evolución del Envejecimiento Poblacional y Respuesta Sociosanitaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontología; 16 (1)*, pp. 26-31.
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In A. Caldas, & A. M. (Orgs), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Mena, M. J., Palacios, C. S., & Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 15 (4)*, pp. 212-220.
- Minuchin, S. (1982). *Família: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Molina Linde, Juan Máximo; Láñez Velasco, Maria de los Ángeles; Láñez Velasco, Benjamín (2005). El Apoyo Social como Modulador de la carga del Cuidador de Enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud, 15 (1)*. Enero – junio. 33 – 43.
- Montorio, I., Trocóniz, M.I.F., Colodrón, M.S., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 12 (2)*, 61-71.
- Moro, A. G., & Rivera, L. R. (2006). Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. *GEROINFO. Publicación de Gerontología y Geriatria 2110. Vol. 2 ( 2)*, pp. 1-21.
- Morris, Virginia (Sd). - *How to Care for Aging Parents*. New York: Wokman Publishing

- Muchnik, Eva, Seidmann, Susana (1998). *Família y Envejecimiento Humano*. in Buendía, José (1998). *Família y Psicología de la Salud*. Madrid, Ediciones Pirámide. 261 – 284
- Myers, D. G. (2007). *Exploraciones de la Psicología Social*. 4ª edición. Madrid: McGraw Hill.
- Nakatani, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Souza. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de Saúde Familiar. Obtido em 20 de Agosto de 2010, de *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol 5 (1) 15-20  
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/773/863>
- Neto, F. (2000). *Psicología social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nogueira, J.M. (2009). *Carta Social: rede de serviços e equipamentos; a dependência, o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Noticias Médicas (8 de Março de 2011). *Los cuidadores informales de personas mayores dependientes ahorran entre 25.000 y 40.000 millones de euros a las arcas públicas cada año*. Obtido em 11 de Março de 2011, de Observatorio Estatal de la Discapacidad: <http://www.observatoriodeladiscapacidad.es>.
- O'Leary, A. (1985). Self-Efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23(4), pp. 437-451.
- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*; 16 (1), pp. 16-25.
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e Auto-Eficácia: Umja Visão Geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro, *Teoria Social Cognitiva. Conceitos Básicos* (pp. 97-114). S. Paulo: Artmed.

- Palacios, C. S., Torres, M., & Mena, M. B. (2009). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 44 (3), pp. 124-129.
- Pawlowski, J., Gonçalves, T. R., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., Bozzetti, M. C., & Bandeira, D. R. (2010). *Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial*. Obtido em 5 de Dezembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n2/06.pdf>
- Pascual, B. M., Palarea, M. D., Alonso, J. M., & Calvo, F. (2006). Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta sociosanitaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia; 16 (1)*, pp. 26-31.
- Paterson, D. A., & Burgess, M. J. (2009). *Report of Findings on Aging Services Network*. New York: New York State Office for the Aging. obtido em <http://www.aging.ny.gov/Caregiving/Reports/InformalCaregivers/ExecutiveSummary.pdf> ( consultado em Dezembro de 2011)
- Peñaranda, A. P. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Obtido em 26 de Dezembro de 2011, de Portal Mayores: <http://portalmayores.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health*, Vol 2 : 571-581.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In W. Hesbeen (Org.), *Cuidar neste mundo*. (pp. 87-102) Loures: Lusociência.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Porras, C. Z. (SD). *Mitos y Estereotipos en el envejecimiento y la vejez (5)*. Obtido em 28 de Maio de 2011, de CONAPAM:Obtido em <http://www.conapam.go.cr/mitosyestereotipos.pdf>

- Portugal, D. N. (1999). Normas Reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário. *Diário da República*, pp. 7960-7965.
- Portugal, Decreto-Lei nº 101 (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, pp.3857-3865.
- Portugal. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República, I série-A (106)*, pp. 3856 - 3865.
- Rathge, R., & Clemenson, M. (2003). *Informal caregiver: 2002 Outreach survey*. (consultado em Agosto 2010), disponível em [http://www.ndsu.edu/sdc/publications/caregiving/Informal\\_Outreach.pdf](http://www.ndsu.edu/sdc/publications/caregiving/Informal_Outreach.pdf).
- Ribas, J.; Castel, A; Escalada, B; Ugas, L; Grau, C; Magarolas, R; Puig, J.; Carulla, J.; Pi, J. (2000). Transtornos Psicopatológicos del cuidador Principal no Profesional de Pacientes Ancianos. *Revista Psiquiatria Fac. Medicina Barna*; 27 (3), 131-134
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Robinson-Whelen, S., Taday, J. MacCallum, R.C. McGuire, L. & Kiecolt-Glaser (2001). Long-term Caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 110: 573-584.
- Romão, A., Pereira, A., Guerra, I. (Consultoria) (2007). *Estudo prospectivo sobre a adequação das respostas da SCML às necessidades dos Cuidadores Informais de idosos*, Lisboa, Relatório de pesquisa desenvolvido pelo CET-ISCTE para SCML.
- Rosa, T.E. da C. & Benício, M.H.D'A. (2009). As redes sociais de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *Envelhecimento & Saúde*. Boletim do Instituto de Saúde (47): 80-83.
- Rosa,E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L. & Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives*

*of Gerontology and Geriatrics* 51: 54–58. Disponível em "<http://www.elsevier.com/locate/archger>". (consultado em Janeiro de 2012).

- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Obtido em 21 de Agosto de 2010, de Repositório-aberto.up.pt: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rodriguez, P. r., Echanagorria, A. M., & Castello, M. S. (2005). *Cuidados a las personas Mayores en los hogares Españoles; el entorno Familiar*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, J., & Postigo, J. L. (2004). *Psicología de la vejez: estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La-Mancha.
- Romero, X., & Wasiek, C. (2007). Las mujeres adultas mayores y los desafíos de la longevidad. *Boletín Mensual. Editorial nº 86*. Obtido em 10 de Agosto de 2007, de [www.gerontologia.org](http://www.gerontologia.org).
- Rosa, T.E. da C. & Benício, M.H. D'A. (2009). As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *Envelhecimento & Saúde, Boletim do Instituto da saúde*: pp. 80-83.
- Royo, M. T. B. (2004). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. In Fernández-Ballesteros, R. (Dir), *Gerontologia Social*. Madrid: Psicologia Pirámide.
- Royo, M., Sanz, B. G., López, G. H., Rey, M., Calenti, J., & Álvarez, O. T. (2006). Sociología de la vejez. In C. J. (ed), *Principios de Geriatria y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Sánchez, F. J., & Gregório, P. G. (2006). Valoración Funcional en la Demência Grave. *Revista Española de Geriatria Gerontologia, vol 41 (Supl. 1)*, pp. 43 - 49.
- Sánchez, M.J.P (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevencion y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enfermería Científica* (264 – 265): 16-22.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), pp. 12-17.
- Scott, J. A. (2006). Informal caregiving. *Blaine House Conference on Aging* (pp. 1-12). Orono, Maine: Muskie School of Public Health and Main Department of Health and Human Services.
- Schwarzer, R. & Scholz (2000). Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. *Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture*. Tokio.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX), pp. 505-516.
- Sequeira, Carlos. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto
- Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência, II série (12)*, pp. 9-16.
- Sequeira, Carlos.(2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel
- Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela; Cerqueira, Margarida (2004). *Envelhecer em família*. Porto, Ambar.
- Sousa, L.; Figueiredo, D (2004). EUROFAMCARE: National Background Report for Portugal. [on-line] Portugal.[consultado em 2007/11/11]. Disponível em:  
[http://www.monitoringris.org/documents/tools\\_nat/nabare/nabare\\_portugal\\_rc1\\_a4.pdf](http://www.monitoringris.org/documents/tools_nat/nabare/nabare_portugal_rc1_a4.pdf)
- Špidla, V. (2007). Forward. In E. Commission, *Europe's Demographic Future: Facts and Figures on challenges and opportunities* (p. 7). Luxembourg: European Commission.

- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Realibility and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol 57B, (1)*, pp. 74-86.
- Takamura, J., & Williams, B. (1998). *Informal Caregiving: Compassion in Action*. Wasshington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Tate, A.J. (2006). *All on the family: Informal Caregiving in America*. A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill. Disponivel em <https://cdr.lib.unc.edu/record;jsessionid=B56BAC513E4541D8C2C81F696F11D78E?id=uuid%3Ac34cb01d-74e4-4f85-b5d0-da406df7458b> (consultado em Dezembro de 2010).
- The HSC, F. (2008). *Male Caregiving: Creating a Research, Programmatic, and Policy Agenda for an Emerging Public Health Issue*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de Male Caregiving: Conference Briefing: [http://www.hscfoundation.org/aboutus/publications/male\\_caregivers.pdf](http://www.hscfoundation.org/aboutus/publications/male_caregivers.pdf)
- Tobío, C., Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas; Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Trinidad, C. (2002). Actitudes incapacitadoras. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia 13 (4)*, pp. 276-282.
- Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., Monserrat-Vila, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadoresde pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurologia 46 (10)*: 582-588.
- Ussel, J. I., Doblas, J.L., Conde, M.P.D., Bracho, C.A., Requena, A. T., & Boyer, P.C. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Vaz Serra, A. (1999) – O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra

- Vega, P. D. (2002). Ayudar a los que ayudan: programas de intervención psicosocial para familiares de personas mayores. *Servicios Sociales* (4), pp. 22-25.
- Veiga, P. D. (2001). Hacia la convergência de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores. Un estudio de caso. *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 41-45.
- Vélez, M. C. (2009). Mitos Y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de concepción realista y tolerante. *ENSAIOS, Revista da la Facultad de Educación de Albacete*, nº 24. Obtido em [http:// www.uclm.es/educación/ensayos](http://www.uclm.es/educación/ensayos) consultado em 28/05/2011 .
- Victoria, W. H. ( 2008). Women and informal caregiving. Gender Impact Assessment. *Women's health Victoria*, pp. 1 - 10.
- Wingecarribee, C. (2006). Wingecarribee Social Plan 2005 - 2010. *Community Care for old people, people with disability and carers*, pp. 1-32.
- Wilmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias* (7), pp. 136 - 155.
- Zarit, S., e Zarit, J. (1983). *The Memory and behaviour problems checklist - and the burden Interview*. Technical Report: Pennsylvania State University.
- Zarit, S., Orr, N., & Zarit, J. M. (1985). *The Bidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit , S; Todd, P.A.; Zarit, J.M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*; 26 (3): 260-266.
- Zarit, S. H. (1997). Intervention with family caregivers. In S. H. Knight, *A guide to psychototherapy and aging. Effective clinical interventions in a life stage context*. Washington: APA.

**ANEXOS**

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE  
DADOS**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS  
DE IDOSOS DEPENDENTES**

**Maria Augusta Pereira da Mata**

**Bragança, Março de 2009**

**Caro Cuidador:**

Sou professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e, encontro-me neste momento a desenvolver uma tese de doutoramento na Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca. Nela pretendo estudar a Sobrecarga em cuidadores Informais de idosos dependentes e relacioná-la com a auto-eficácia do cuidador, as percepções acerca das pessoas idosas presentes na pessoa que cuida, e ainda com a vida social que o familiar consegue manter.

Para isso, é imprescindível a sua colaboração, pelo que lhe solicito ajuda no preenchimento deste questionário.

Acrescento que toda a informação fornecida É ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL.

Grata pela colaboração prestada:

**Maria Augusta Pereira da Mata**

**CUIDADOR:**

**1 - Idade \_\_\_\_\_ anos**

**2 - Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

**3 – Estado civil:**

Solteiro \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_

Separado/divorciado \_\_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_\_

**4 - Habilitações literárias:**

Não sabe ler nem escrever \_\_\_\_\_

Não concluiu o 1º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

1º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

2º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

3º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

Ensino secundário \_\_\_\_\_

Ensino superior \_\_\_\_\_

**5 - Qual a composição do seu agregado familiar?**

---

---

**6 - Qual o parentesco com a pessoa cuidada? \_\_\_\_\_**

**7 – Trabalha fora de casa? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_**

**7.1 – Se sim, esse trabalho é: Fixo \_\_\_\_\_ Temporário \_\_\_\_\_**

**7.2 – Se sim, alguma vez pensou em abandonar o trabalho por causa do cuidado ao seu familiar?**

\_\_\_\_\_

Nunca      raras vezes      bastantes vezes      Muitas vezes

**7.3 - Qual o grau de dificuldade que sente em conjugar o seu trabalho com o cuidado ao seu familiar?**

\_\_\_\_\_

Nada difícil      Pouco difícil      Bastante difícil      Muito difícil

**8 - Costuma obter ajuda no cuidado ao seu familiar?**

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**8.1 - Se sim, de quem? \_\_\_\_\_**

**8.2 – Se não tem ajuda, gostaria de obtê-la? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_**

**8.2.1 - Se sim, de quem? \_\_\_\_\_**

**9 - Há quanto tempo cuida do seu familiar? \_\_\_\_\_**

**10 - Qual o motivo porque lhe competiu a si cuidar do seu familiar?**

\_\_\_\_\_

**11 – O cuidado ao seu familiar é realizado de forma contínua?**

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**11.1 – Se não, de quanto em quanto tempo é que tem essa responsabilidade?**

---

**12 – Padece de alguma doença ou incapacidade?** Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**12.1 – Se sim, qual ou quais?** \_\_\_\_\_

## A - ESCALA DE AUTO – EFICÁCIA DO CUIDADOR

Apresentamos agora uma escala que pretende avaliar a sua capacidade de enfrentar aspectos relacionados com a sua função de cuidador. Pedimos-lhe assim, que face a cada questão, assinale a opção que mais se adequa à sua situação

<b><u>Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa</u></b>		Nada capaz	Pouco capaz	Moderadamente capaz	Bastante capaz	Completamente capaz
		0	1	2	3	4
<b>Questão: Em que medida se sente capaz de:</b>						
1	pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
2	pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
3	pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
4	pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
5	pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?					
6	pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?					
7	pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
8	pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
9	pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
10	pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
<b><u>Auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada</u></b>		0	1	2	3	4
11	Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?					
12	Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?					
13	Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)					
14	Se o seu familiar lhe insulta, em que medida será capaz de lhe responder-lhe sem elevar a voz?					219

15	Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejecções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?					
16	Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?					
<b><u>Auto – eficácia para a controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar</u></b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Questão: Em que medida seria capaz de controlar</b>						
17	ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?					
18	ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?					
19	ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?					
20	ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar					
21	ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar					
22	sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar					

## B – Percepções acerca das pessoas idosas

De seguida, gostaríamos de conhecer o seu entendimento acerca das pessoas idosas. Por isso, pedimos-lhe que assinale com uma **cruz (X)** a resposta que corresponda à sua opinião, tendo em consideração as seguintes categorias:

		1	2	3	4
		Discordo bastante	Discordo	Concordo	Concordo bastante
01 -	Velhice representa não ter nada para fazer. ....				
02 -	Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas .....				
03 -	As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes. ....				
04 -	As pessoas idosas não podem ser muito úteis à sociedade.....				
05 -	Pensar em velhice significa pensar em abandono social. ....				
06 -	As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza. ....				
07 -	As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens. ....				
08 -	O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se em comportamentos.				
09 -	Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência. ....				
10 -	Entrar na etapa da velhice significa retornar a infância. ....				
11 -	Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice. ....				
12 -	Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos, bengala. ....				
13 -	Velhice é sinónimo de decadência física.....				
14 -	Pensar na velhice, significa pensar na morte. ....				
15 -	As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual. ....				
16 -	Os idosos não podem ser bons cuidadores de crianças. ....				
17 -	As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes ...				
18 -	As pessoas idosas não são poços de sabedoria. ....				
19 -	As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual .....				
20 -	As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações. ....				

**C) - Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)**

A escala que a seguir se apresenta, visa obter conhecimento acerca da carga que sente por causa do facto de cuidar do seu familiar. Por isso, indique-nos a opção que melhor se adapta à sua situação

		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre
	Pergunta a realizar	1	2	3	4	5
1	sente que o seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?					
2	sente que por causa do tempo que gasta com seu familiar, não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3	Sente-se stressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?					
4	sente – se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?					
5	sente-se irritado(a) quando seu familiar está por perto?					
6	sente que o seu familiar afecta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7	sente receio pelo futuro do seu familiar?					
8	sente que o seu familiar depende de si?					
9	sente-se tenso(a) quando seu familiar está por perto?					
10	sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar?					
11	sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do seu familiar?					
12	sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está a cuidar do seu familiar?					
13	não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar?					
14	sente que o seu familiar espera que cuide dela/dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15	sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas?					
16	sente que será incapaz de cuidar de do seu familiar por muito mais tempo?					
17	sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?					
18	gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de do seu familiar?					
19	Sente dúvidas sobre o que fazer pelo seu familiar?					
20	sente que deveria fazer mais pelo seu familiar?					
21	sente que poderia cuidar melhor do seu familiar?					

22	De uma maneira geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?					
----	--	--	--	--	--	--

#### D – Solidão

Pedimos-lhe agora que nos informe acerca da sua vida social pelo que, lhe apresentamos algumas frases, para que nos refira se neste momento lhe acontece o que nelas é referido:

	Questão	Não (0)	Mais ou menos (1)	Sim (2)
1-	Faz-lhe falta um(a) amigo(a) íntimo(a)			
2-	Faltam-lhe pessoas à sua volta			
3-	Falta-lhe o prazer da companhia de outros			
4-	Muitas vezes sente-se só			
5-	Faz-lhe falta um(a) parceiro(a) com quem possa ter uma relação mais íntima			
6-	O seu grupo de amigos é muito limitado			
7-	Muitas vezes sente-se rejeitado(a)			

**Finalmente, pedimos-lhe que responda a algumas questões acerca do seu familiar que está ao seu cuidado**

**PESSOA CUIDADA**

**1 - Idade \_\_\_\_\_ anos**

**2 - Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

**3 – Estado civil:**

Solteiro \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_

Separado/divorciado \_\_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_\_

**4 - Habilitações literárias:**

Não sabe ler nem escrever \_\_\_\_\_

Não concluiu o 1º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

1º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

2º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

3º ciclo do ensino básico \_\_\_\_\_

Ensino secundário \_\_\_\_\_

Ensino superior \_\_\_\_\_

**5 – Qual o motivo da dependência ? \_\_\_\_\_**

**A1 - Índice de Atividades de Vida Diária (Índice de Katz)**

<b>Atividades rotineiras do paciente</b>		<b>Pontuação</b>
<b>Tomar Banho</b>  <b>(chuveiro ou banheira)</b>	Não precisa de ajuda (I)	
	Precisa de ajuda para lavar uma parte do corpo (A)	
	Precisa de ajuda para higiene completa (D)	
<b>Vestir-se</b>	Segura as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda (I)	
	Segura as roupas e veste-se sem ajuda, mas não consegue apertar os sapatos (A)	
	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir, ou fica totalmente despido (D)	
<b>Ir ao WC</b>	Vai ao WC, faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas - andarilhos, bengalas, cadeiras de rodas) (I)	
	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades (A)	
	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades (D)	
<b>Locomoção</b>	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda (pode usar ajudas técnicas) (I)	
	Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda (A)	
	Não sai da cama (D)	
<b>Continência</b>  <b>(controle de esfínteres)</b>	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos(I)	
	Tem acidentes ocasionais (A)	
	É incontinente usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar a urina e fezes (D)	
<b>Alimentação</b>	Alimenta-se sem ajuda (I)	
	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão (A)	
	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos(D)	
<b>Total da Pontuação</b>		

**I – Independente (3) A – Necessita de ajuda (2) D – Dependente (1)**

**Pontuação: - Até 6 – Dependente - de 7 a 12 – Dependência parcial - 13 a 18 – Independente**

**B1 - Índice de Actividades instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton)****Capacidade para usar o telefone**

- 3 – Utiliza o telefone por iniciativa própria e sem ajuda
- 2 – Marca números bem conhecidos
- 1 – Atende o telefone mas não faz chamadas
- 0 – Incapaz de utilizar o telefone

**Fazer compras**

- 3 – Faz todas as compras sem ajuda
- 2 – Compra pequenas coisas
- 1 – Necessita de ajuda para qualquer compra
- 0 – Incapaz de fazer compras

**Preparação das refeições**

- 3 – Planeia, prepara e serve sem ajuda, refeições adequadas
- 2 – Prepara as refeições se lhe fornecerem os ingredientes
- 1 – Prepara as refeições, mas não mantém dieta adequada
- 0 – Necessita que se lhe preparem as refeições

**Cuidar da casa**

- 4-Cuida da casa sem ajuda ou com ajuda ocasional
- 3- Realiza pequenas tarefas domésticas
- 2 -Realiza tarefas domésticas, mas não mantém um nível de higiene adequado
- 1- Necessita de ajuda em todas as tarefas da casa
- 0 - Não participa em qualquer tarefa doméstica

**Limpeza da roupa**

- 2 - Realiza-a sem ajuda
- 1 – Lava algumas peças de roupa
- 0 – Necessita que outros se ocupem desta tarefa

**Utilização dos meios de transporte**

- 4 – Viaja de forma independente
- 3 – Não utiliza outro transporte para além do táxi
- 2 – Viaja em transporte público acompanhado
- 1 – Viaja em táxi ou automóvel, com ajuda
- 0 – Incapaz de viajar

**Medicação**

- 2 – Não precisa de ajuda para tomar correctamente a medicação
- 1 – Necessita que lhe sejam preparadas as doses com antecedência
- 0 - Incapaz de se responsabilizar pela sua medicação

**Utilização do dinheiro**

- 2 – Não necessita de ajuda para fazer contas e/ou utilizar o dinheiro
- 1 – Necessita de ajuda para ir ao banco e para grandes gastos
- 0 – Incapaz de manejar o dinheiro

**Classificação : Quanto menor a pontuação, maior a dependência**

**ANEXO II – TABELAS RELATIVAS À  
ANÁLISE FACTORIAL IMPRIMIDA ÀS  
ESCALAS**

**Tabela A** - Análise da consistência interna dos itens da escala de sobrecarga

	Média da escala se item removido	Variância da escala se Item removido	Correlação ítem-total	Alpha se Item removido
<b>1-sente que o seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?</b>	44,0345	169,618	,536	,905
<b>2- Sente que por causa do tempo que gasta com seu familiar, não tem tempo suficiente para si mesmo?</b>	43,5776	163,795	,739	,899
<b>3- Sente-se stressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?</b>	43,5302	165,938	,667	,901
<b>4- Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?</b>	44,7974	172,716	,565	,904
<b>5- Sente-se irritado(a) quando seu familiar está por perto?</b>	44,7026	170,833	,616	,903
<b>6- Sente que o seu familiar afecta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?</b>	44,5000	166,242	,670	,901
<b>7- Sente receio pelo futuro do seu familiar?</b>	42,7716	175,640	,334	,910
<b>9- Sente-se tenso(a) quando seu familiar está por perto?</b>	44,4569	168,691	,576	,903
<b>10- Sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar?</b>	43,8750	166,136	,619	,902
<b>11- Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do seu familiar?</b>	43,9224	167,726	,518	,905
<b>12- Sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está a cuidar do seu familiar?</b>	43,8491	166,873	,605	,903
<b>13- Não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar?</b>	44,4741	170,216	,517	,905
<b>14- Sente que o seu familiar espera que cuide dela/dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?</b>	42,8922	174,001	,326	,911
<b>15- Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas?</b>	43,8448	172,859	,368	,910
<b>16- Sente que será incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?</b>	44,0948	168,701	,593	,903
<b>17- Sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?</b>	44,2026	163,244	,750	,899
<b>18- Gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar?</b>	44,1466	167,875	,572	,904
<b>19- Sente dúvidas sobre o que fazer pelo seu familiar?</b>	43,8621	172,041	,465	,906
<b>22- De uma maneira geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?</b>	43,5259	164,735	,672	,901

**Tabela B** - Carga factorial dos itens da escala de Sobrecarga do cuidador, por factor, % de variância explicada e consistência de cada factor

	Questão	Factor 1	Factor2	Factor 3	Factor 4	Alpha se Item removido
1	Sente que o seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?	0,525				0,839
4	Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?	0,723				0,813
5	Sente-se irritado(a) quando seu familiar está por perto?	0,775				0,798
6	Sente que o seu familiar afecta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0,78				0,791
9	Sente-se tenso(a) quando seu familiar está por perto?	0,692				0,816
13	Não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar?	0,628				0,834
3	Sente-se stressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?		0,592			0,817
16	Sente que será incapaz de cuidar de do seu familiar por muito mais tempo?		0,721			0,817
17	Sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?		0,533			0,813
18	Gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de do seu familiar?		0,561			0,833
19	Sente dúvidas sobre o que fazer pelo seu familiar?		0,817			0,832
22	De uma maneira geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?		0,567			0,816
2	Sente que por causa do tempo que gasta com seu familiar, não tem tempo suficiente para si mesmo?			0,537		0,76
10	Sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar?			0,499		0,775
11	Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do seu familiar?			0,804		0,766
12	Sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está a cuidar do seu familiar?			0,786		0,723
7	Sente receio pelo futuro do seu familiar?				0,678	0,332
14	Sente que o seu familiar espera que cuide dela/dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?				0,658	0,486
15	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas?				0,65	0,382
<b>Valor próprio (Eigenvalue)</b>		<b>7,555</b>	<b>1,609</b>	<b>1,234</b>	<b>1,140</b>	
<b>% de variância explicada (Total = 60,731%)</b>		<b>39,766</b>	<b>8,471</b>	<b>6,493</b>	<b>6,002</b>	
<b>Alfa Cronbach (0,909)</b>		<b>0,842</b>	<b>0,847</b>	<b>0,805</b>	<b>0,500</b>	

**Tabela C** - Matriz das correlações das dimensões da entrevista de carga do cuidador e o global de sobrecarga

	<b>R. interpessoal</b>	<b>Stress psicológico</b>	<b>Constrangi mentos</b>	<b>Expectativas futuras</b>	<b>Carga total</b>
<b>R. Interpessoal</b>	1,000				
<b>Stress psicológico</b>	,619**	1,000			
<b>Constrangimentos</b>	,652**	,667**	1,000		
<b>Expectativas futuras</b>	,349**	,406**	,350**	1,000	
<b>Carga total</b>	,839**	,876**	,834**	,567**	1,000

\*\* correlação significativa para um nível de significância de 0,01

**Tabela D** - Análise da consistência interna dos itens da escala de solidão

	Média da escala se ítem removido	Variância da escala se Item removido	Correlação ítem-total	Alpha se Item removido
1-Faz-lhe falta um(a) amigo(a) íntimo(a)?	3,6379	10,016	,662	,804
2-Faltam-lhe pessoas à sua volta?	3,6853	10,260	,718	,796
3- Falta-lhe o prazer da companhia de outros?	3,6293	10,312	,700	,799
4- Muitas vezes sente-se só?	3,4828	9,870	,707	,796
5- Faz-lhe falta um(a) parceiro(a) com quem possa ter uma relação mais íntima?	3,8879	11,477	,482	,832
6- O seu grupo de amigos é muito limitado?	3,3147	11,533	,342	,857
7- Muitas vezes sente-se rejeitado(a)?	3,8879	11,251	,566	,820

**Tabela E-** Análise da consistência interna dos itens da escala de estereótipos negativos

	Variância			Alfa de Cronbach se o item for removido
	Média da Escala se o item for removido	da escala se o item for removido	Correlacç ão ítem - total	
<b>1. Velhice representa não ter nada para fazer</b>	43,9655	57,358	,539	,851
<b>2. Os idosos são incapazes de aprender coisas novas</b>	43,9095	58,983	,359	,858
<b>3. As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes</b>	43,4871	58,225	,465	,854
<b>4. As pessoas idosas não podem ser muito úteis à sociedade</b>	43,8233	57,332	,489	,853
<b>5. Pensar em velhice significa pensar em abandono social</b>	43,5905	57,645	,431	,855
<b>6. As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza</b>	43,5302	57,566	,466	,853
<b>7. As pessoas idosas sofrem mais de solidão que as jovens</b>	42,7629	59,532	,323	,859
<b>9. Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência</b>	42,7241	59,335	,395	,856
<b>10. Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância</b>	42,8664	58,705	,390	,856
<b>11. Quando vejo rugas da pele lembro-me da velhice</b>	43,0129	59,052	,337	,859
<b>12. Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recordo-me de alguém com óculos, bengala</b>	43,3362	58,493	,394	,856
<b>13. Velhice é sinónimo de decadência física</b>	43,0647	55,914	,607	,847
<b>14. Pensar na velhice, significa pensar na morte</b>	43,4052	56,640	,488	,853
<b>15. As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual.</b>	43,5172	58,026	,447	,854
<b>16. Os idosos não podem ser bons cuidadores de crianças</b>	43,6810	57,023	,573	,849
<b>17. As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes</b>	43,5776	55,535	,664	,845
<b>18. As pessoas idosas não são poços de sabedoria.</b>	43,7931	59,074	,412	,856
<b>19. As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual</b>	43,3147	58,624	,462	,854
<b>20. As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações</b>	43,3017	57,441	,479	,853

**Tabela F** - Carga factorial dos itens da escala de estereótipos, por factor, % de variância explicada e consistência de cada factor

	Factor1	Factor 2	Factor3	Factor 4	$\alpha$ se item removido
1. Velhice representa não ter nada para fazer	0,714				0,776
2. Os idosos são incapazes de aprender coisas novas	0,636				0,800
4. As pessoas idosas não podem ser muito úteis à sociedade	0,645				0,778
5. Pensar em velhice significa pensar em abandono social	0,591				0,796
6. . As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza	0,658				0,776
16. Os idosos não podem ser bons cuidadores de crianças	0,528				0,778
17. As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes	0,649				0,757
13. Velhice é sinónimo de decadência física		0,404			0,687
15. As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual.		0,677			0,676
18. As pessoas idosas não são poços de sabedoria.		0,612			0,698
19. As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual		0,706			0,645
20. As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações		0,641			0,656
3. As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes			0,411		0,633
7. As pessoas idosas sofrem mais de solidão que as jovens			0,832		0,470
9. Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência			0,708		0,505
10. Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância			0,501		0,584
11. Quando vejo rugas da pele lembro-me da velhice				0,790	0,540
12. Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recordo-me de alguém com óculos, bengala				0,737	0,540
14. Pensar na velhice, significa pensar na morte				0,654	0,615
Valor próprio (Eigenvalue)	5,731	1,773	1,375	1,308	
% de variância explicada (Total = 50,934)	28,654	8,865	6,874	6,540	
Alfa Cronbach	0,804	0,720	0,622	0,660	

**Tabela G** – Correlações entre os factores e o global da escala de estereótipos

	<b>Declínio</b>			
	<b>Declínio social e cognitivo</b>	<b>declínio bio – psicológico</b>	<b>psicológico e dependência</b>	<b>Declínio biológico</b>
<b>Declínio social e cognitivo</b>	1,000			
<b>Declínio bio – psicológico</b>	<b>,496**</b>	1,000		
<b>Declínio psicológico e dependência</b>	<b>,306**</b>	<b>,442**</b>	1,000	
<b>Declínio biológico</b>	<b>,303**</b>	<b>,374**</b>	<b>,304**</b>	1,000
<b>Escala Global</b>	<b>,800**</b>	<b>,778**</b>	<b>,629**</b>	<b>,600**</b>

\*\* correlação significativa para um nível de significância de 0,01

**Tabela H-** Estatística Item-Total da escala de auto-eficácia do cuidador

	Média da escala se item removido	Variância da escala se item removido	Correlação item-total	Alpha Cronbach's se item removido
1-pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?	36,8147	224,844	,470	,873
2- pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?	35,9957	224,342	,538	,871
3- pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?	36,7974	223,599	,507	,872
4- pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?	36,0129	223,199	,557	,871
5- pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?	37,0431	224,673	,505	,872
6- pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?	36,2759	223,976	,521	,872
7- pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?	37,5216	225,272	,509	,872
8- pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?	36,7284	221,697	,531	,871
9-pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?	37,7845	227,789	,484	,873
10-pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?	37,0603	221,884	,520	,872
11-Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?	36,5216	227,922	,426	,875
12-Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?	36,7543	226,983	,493	,873
13-Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)	36,3793	227,154	,474	,873
14-Se o seu familiar lhe o insulta, em que medida será capaz de lhe responder-lhe sem elevar a voz?	36,4267	225,960	,489	,873
15-Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejecções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?	36,1121	226,126	,479	,873
16-Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?	36,6293	226,607	,483	,873
17-ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?	37,0862	229,482	,365	,877
18-ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?	36,9957	230,740	,359	,877
19-ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?	36,9052	230,796	,406	,875
20-ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar	37,0776	229,483	,439	,874
21-ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar	36,5043	229,688	,377	,876
22-sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar	36,9828	233,316	,309	,878

**Tabela I** - Carga factorial dos itens da escala de auto-eficácia do cuidador, por factor, % de variância explicada e consistência de cada factor

	COMPONENTE				α se o item fosse removido
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	
11- Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?	,804				,848
12- Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?	,698				,861
13- Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?).	,864				,838
14- Se o seu familiar o insulta, em que medida será capaz de lhe responder sem elevar a voz?	,869				,836
15- Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejecções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?	,782				,845
16- Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?	,521				,873
21-ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar	,558				,876
1- pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?.		,857			,894
3- pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?		,875			,887
5- pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?		,805			,902
7- pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?.		,838			,893
9- pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?		,769			,909
2- pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?.			,839		,885
4- pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?			,856		,879
6- pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?.			,844		,886
8- pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?			,817		,894
10- pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?			,751		,910
17- ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?				,803	,829
18- ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?				,826	,821
19- ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?				,711	,849
20- ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar				,776	,833
22- sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar.				,790	,844
Valor próprio	6,354	4,610	2,277	1,732	
% de Variância Explicada (Total = 68,06%)	18,502	17,206	16,999	15,354	
Alfa de Cronbach (0,879)	0,873	0,916	0,911	0,864	

**Tabela J** – Correlações entre as diferentes dimensões e o global da escala de auto-eficácia do cuidador

	AE ( responder comportamentos)	AE ( Ajuda amigos)	AE (Ajuda família)	AE (controlar pensamentos)
AE ( responder comportamentos)	1,000			
AE ( pausa amigos)	,137*	1,000		
AE (pausa família)	,201**	,477**	1,000	
AE (controlar pensamentos)	,330**	-,035	,047	1,000
Auto – eficácia total	,675**	,586**	,707**	,450**

\*\*Correlação significativa ao nível de significância 0,01 (p<0,001) \*correlação significativa para um nível de significância 0,05

**ANEXO III – COEFICIENTES DA ANÁLISE DE  
REGRESSÃO LINEAR MÚTIPLA**

### Coeficientes da análise de regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes estandardizados		Coeficientes não estandardizados	t	Sig.	IC 95% para B		Correlations			Colinearidade	
	B	SE	Beta			Limite superior	Limite inferior	Zero-order	Partial	Part	Tolerancia	VIF
	(Constante)	25,910	4,169				6,214	,000	17,694	34,126		
AE amigos	-,345	,123	-,149	-2,799	,006	-,588	-,102	-,254	-,183	-,145	,946	1,057
AE pensamentos	,408	,152	,157	2,679	,008	,108	,707	,197	,176	,138	,781	1,280
AE comportamento	-,277	,115	-,141	-2,419	,016	-,503	-,051	-,151	-,159	-,125	,782	1,279
solidão	1,542	,199	,424	7,753	,000	1,150	1,934	,528	,459	,400	,891	1,122
ED físico-cognitivo	,904	,299	,174	3,019	,003	,314	1,493	,292	,197	,156	,802	1,247
ED biológico	,799	,412	,114	1,939	,054	-,013	1,611	,311	,128	,100	,765	1,307

a. Dependent Variable: cargatotalfinal

**Correlations**

		cargatotalfinal	solidão	biologico	fisicocognit	comportamento	Eficáciaamigos	Eficáciapensamentos
Pearson Correlation	cargatotalfinal	1,000	,528	,311	,292	-,151	-,254	,197
	solidão	,528	1,000	,197	,093	-,069	-,200	,162
	biologico	,311	,197	1,000	,428	-,175	-,026	,061
	fisicocognit	,292	,093	,428	1,000	-,025	-,022	,147
	comportamento	-,151	-,069	-,175	-,025	1,000	,125	,401
	Eficáciaamigos	-,254	-,200	-,026	-,022	,125	1,000	,028
	Eficáciapensamentos	,197	,162	,061	,147	,401	,028	1,000
Sig. (1-tailed)	cargatotalfinal	,000	,000	,000	,000	,011	,000	,001
	solidão	,000	,000	,001	,079	,149	,001	,007
	biologico	,000	,001	,000	,000	,004	,346	,176
	fisicocognit	,000	,079	,000	,000	,353	,368	,012
	comportamento	,011	,149	,004	,353	,000	,029	,000
	Eficáciaamigos	,000	,001	,346	,368	,029	,000	,336
	Eficáciapensamentos	,001	,007	,176	,012	,000	,336	,000
N	cargatotalfinal	232	232	232	232	232	232	232
	solidão	232	232	232	232	232	232	232
	biologico	232	232	232	232	232	232	232
	fisicocognit	232	232	232	232	232	232	232
	comportamento	232	232	232	232	232	232	232
	Eficáciaamigos	232	232	232	232	232	232	232
	Eficáciapensamentos	232	232	232	232	232	232	232

**ANEXO IV – CÁLCULOS DA ANÁLISE DE  
TRAJECTÓRIAS**

### Cálculo do GFI

	Z1	X1	X2	X3	Y1	Y2
Z1						
X1	0,001					
X2	0,102	0				
X3	0,03	0	0			
Y1	-0,04	-0,035	0	0,05		
Y2	-0,021	0	0,013	-0,003	0,125	
Y3	0,018	-0,015	0,023	0,129	-0,013	0,028

GFI      0,979192

## Modelo 1:

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,187 <sup>a</sup>	,035	,022	6,89931	1,470 2,16

a. Predictors: (Constant), fisicocognit, solidão, biologico

b. Dependent Variable: comportamento

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	391,401	3	130,467	2,741	,044 <sup>a</sup>
	Residual	10852,905	228	47,600		
	Total	11244,306	231			

a. Predictors: (Constant), fisicocognit, solidão, biologico

b. Dependent Variable: comportamento

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	17,768	2,351		7,558	,000		
	solidão	-,067	,123	-,036	-,546	,585	,961	1,040
	biologico	-,690	,260	-,194	-2,651	,009	,792	1,263
	fisicocognit	,163	,191	,061	,853	,394	,817	1,224

a. Dependent Variable: comportamento

## Modelo 2:

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,232 <sup>a</sup>	,054	,037	5,78186	1,447 2,09

a. Predictors: (Constant), comportamento, fisicocognit, solidão, biologico

b. Dependent Variable: Eficáciaamigos

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	431,347	4	107,837	3,226	,013 <sup>a</sup>
	Residual	7588,584	227	33,430		
	Total	8019,931	231			

a. Predictors: (Constant), comportamento, fisicocognit, solidão, biologico

b. Dependent Variable: Eficáciaamigos

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	5,973	2,203		2,711	,007		
	solidão	-,311	,103	-,198	-3,012	,003	,960	1,042
	biologico	,125	,221	,042	,563	,574	,768	1,302
	fisicocognit	-,042	,160	-,019	-,260	,795	,814	1,228
	comportamento	,100	,056	,118	1,796	,074	,965	1,036

a. Dependent Variable: Eficáciaamigos

### Modelo 3:

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,468 <sup>a</sup>	,219	,201	4,69528	1,684 2,83

a. Predictors: (Constant), Eficáciaamigos, fisicocognit, comportamento, solidão, biologico

b. Dependent Variable: Eficáciapensamentos

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1394,577	5	278,915	12,652	,000 <sup>a</sup>
	Residual	4982,320	226	22,046		
	Total	6376,897	231			

a. Predictors: (Constant), Eficáciaamigos, fisicocognit, comportamento, solidão, biologico

b. Dependent Variable: Eficáciapensamentos

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-2,114	1,818		-1,163	,246		
	solidão	,242	,085	,173	2,830	,005	,923	1,083
	biologico	,133	,180	,050	,740	,460	,767	1,303
	fisicocognit	,241	,130	,121	1,855	,065	,814	1,229
	comportamento	,318	,045	,423	7,010	,000	,952	1,051
	Eficáciaamigos	,012	,054	,014	,230	,818	,946	1,057

a. Dependent Variable: Eficácia pensamentos

## Modelo 4:

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,632 <sup>a</sup>	,400	,384	10,73705	1,510
					2,28

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,632 <sup>a</sup>	,400	,384	10,73705	1,510 2,28

a. Predictors: (Constant), Eficáciapensamentos, Eficáciaamigos, biologico, solidão, fisicocognit, comportamento

b. Dependent Variable: cargatotalfinal

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17296,361	6	2882,727	25,005	,000 <sup>a</sup>
	Residual	25938,945	225	115,284		
	Total	43235,306	231			

a. Predictors: (Constant), Eficáciapensamentos, Eficáciaamigos, biologico, solidão, fisicocognit, comportamento

b. Dependent Variable: cargatotalfinal

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	25,910	4,169		6,214	,000		
	solidão	1,542	,199	,424	7,753	,000	,891	1,122
	biologico	,799	,412	,114	1,939	,054	,765	1,307
	fisicocognit	,904	,299	,174	3,019	,003	,802	1,247
	comportamento	-,277	,115	-,141	-2,419	,016	,782	1,279
	Eficáciaamigos	-,345	,123	-,149	-2,799	,006	,946	1,057
	Eficáciapensamentos	,408	,152	,157	2,679	,008	,781	1,280

a. Dependent Variable: cargatotalfinal

## Normalidade dos resíduos

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual	Unstandardized Residual	Unstandardized Residual	Unstandardized Residual
N		232	232	232	232
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	,0000000	,0000000	,0000000	,0000000
	Std. Deviation	6,85436146	5,73158029	4,64418810	10,59668835
Most Extreme Differences	Absolute	,031	,102	,048	,066
	Positive	,027	,102	,048	,044
	Negative	-,031	-,073	-,025	-,066
Kolmogorov-Smirnov Z		,470	1,549	,732	1,007
Asymp. Sig. (2-tailed)		,980	,016	,658	,263
Exact Sig. (2-tailed)		,975	,015	,640	,251
Point Probability		,000	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Esquema final

### Modelo 1:

Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,175 <sup>a</sup>	,031	,026	6,88456	1,467

**ANEXO V - VERSÃO EM CASTELHANO DA  
REVISED SCALE FOR CAREGIVING SEL-  
EFICACY**