

Universidades Lusíada

Felisberto, Maria Matilde Magalhães de Sousa
Ribeiro, 1997-

**Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores
informais de idosos dependentes**

<http://hdl.handle.net/11067/8775>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

O aumento da longevidade por via da melhoria dos cuidados de saúde propiciou uma mudança de paradigma demográfico que se caracteriza por um crescimento significativo da população envelhecida. Dada a associação entre envelhecimento e perda de funcionalidade, tal mudança tem propiciado o desenvolvimento de desafios ao nível da prestação de cuidados às populações idosas. O presente trabalho visa compreender como é que o ato de cuidar de alguém dependente interfere na qualidade de vida de um cuidad...

The increase in longevity due to improvements in health care has led to a demographic paradigm shift, characterized by a significant increase in the aging population. Given the association between aging and loss of functionality, this shift has led to challenges in providing care for the elderly. The present work aims to understand how the act of caring for someone dependent interferes with the quality of life of an informal caregiver. A quantitative approach was adopted, collecting data from ...

Palavras Chave

Cuidadores, Cuidadores - Psicologia, Qualidade de vida, Idosos - Cuidado e tratamento

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T21:02:09Z com
informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores
informais de idosos dependentes**

Realizado por:

Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto

Orientado por:

Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente:	Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientadora:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Professora Doutora Ana Daniela Barreto Aleixo

Dissertação aprovada em: 05 de maio de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes

Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto

Lisboa

Julho 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes

Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto

Lisboa

Julho 2025

Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto

Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto
Orientadora Professora Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FELISBERTO, Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro, 1997-

Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes / Maria Matilde Magalhães de Sousa Ribeiro Felisberto ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Cuidadores
2. Cuidadores - Psicologia
3. Qualidade de vida
4. Idosos - Cuidado e tratamento
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Caregivers

2. Caregivers - Psychology

3. Quality of life

4. Older people - Care

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA645.3.F47 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Chegar ao fim desta tese representa não apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também o reflexo de um percurso cheio de desafios, aprendizagens e superações. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e dedicação de pessoas muito especiais, a quem desejo expressar a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Túlia Cabrita, o meu mais sincero agradecimento. A sua orientação paciente, a partilha de conhecimento e a disponibilidade constante foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelo incentivo nos momentos de dúvida e pelas valiosas sugestões que enriqueceram esta tese. A sua dedicação à ciência e ao ensino são inspiradoras e, sem dúvida, deixaram uma marca no meu percurso académico e pessoal.

Aos meus pais, a minha eterna gratidão. Desde sempre foram o meu porto seguro, o meu pilar de força e os maiores incentivadores dos meus sonhos. Obrigada pelo amor incondicional, pelo apoio nos momentos difíceis e por acreditarem em mim, mesmo quando eu mesma duvidava. Sem vocês, esta conquista não seria possível.

Ao meu companheiro, obrigada por estares sempre ao meu lado, nos momentos bons e nos mais desafiantes. O teu apoio inabalável, as palavras de motivação e a tua paciência foram fundamentais ao longo deste percurso. Obrigada por me lembrares, sempre que necessário, que sou capaz e que cada obstáculo ultrapassado nos torna mais fortes. Esta conquista também é tua.

Aos amigos e colegas que, de diferentes formas, estiveram presentes nesta caminhada, seja através de palavras de incentivo, partilha de conhecimentos ou simples momentos de descontração, o meu sincero agradecimento. A vossa amizade e apoio tornaram este processo mais leve e enriquecedor.

Por fim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade, o meu profundo reconhecimento.

Obrigada a todos!

Resumo

O aumento da longevidade por via da melhoria dos cuidados de saúde propiciou uma mudança de paradigma demográfico que se caracteriza por um crescimento significativo da população envelhecida. Dada a associação entre envelhecimento e perda de funcionalidade, tal mudança tem propiciado o desenvolvimento de desafios ao nível da prestação de cuidados às populações idosas.

O presente trabalho visa compreender como é que o ato de cuidar de alguém dependente interfere na qualidade de vida de um cuidador informal. Adotou-se uma abordagem quantitativa, tendo-se recolhido dados junto de 54 cuidadores informais com recurso à Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), Escala de Zarit, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador e Escala de Barthel.

Os resultados convergiram com a literatura, reforçando a associação dos cuidadores informais a quadros de sobrecarga e exaustão. Constata-se a pertinência de investir no suporte – material, emocional e informativo – a estes cuidadores, a fim de os capacitar para, com bem-estar, continuar a prestar um apoio tão necessário à prosperidade das gerações envelhecidas.

Palavras-chave: Idosos; Cuidadores Informais; Qualidade de Vida; Sobrecarga; Dependência.

Abstract

The increase in longevity due to improvements in health care has led to a demographic paradigm shift, characterized by a significant increase in the aging population. Given the association between aging and loss of functionality, this shift has led to challenges in providing care for the elderly.

The present work aims to understand how the act of caring for someone dependent interferes with the quality of life of an informal caregiver. A quantitative approach was adopted, collecting data from 54 informal caregivers using the Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF), Zarit Scale, Satisfaction with Social Support Scale, Caregiver Difficulties Assessment Index and Barthel Scale.

The results converged with the literature, reinforcing the association of informal caregivers with overload and exhaustion. It is important to invest in support – material, emotional and informational – for these caregivers, to enable them to continue to provide the support that is so necessary for the prosperity of the aging generations, with well-being.

Keywords: Elderly; informal caregivers; Quality of Life; Overload; Sickness Mental.

Índice

Agradecimentos.....	6
Resumo.....	8
Abstract.....	9
Introdução	14
Enquadramento teórico.....	23
Abordagem Multidimensional do Envelhecimento	23
Envelhecimento Psicológico e Cognitivo.....	24
Envelhecimento Social.....	27
Envelhecimento e Dependência	31
Dependência: Como avaliar?	35
O Cuidador Informal.....	39
Processo de se tornar cuidador.....	46
O perfil do cuidador	48
Impacto da prestação de cuidados	49
Necessidades do cuidador familiar	51
Modelo de Desenvolvimento de <i>Stress</i> do ato de cuidar	53
Objetivos da investigação	58
Método	60
Participantes.....	60
Instrumentos.....	66
Questionário Sociodemográfico	66
Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	67
Escala de Zarit.....	69

Escala de Satisfação com o Suporte Social	71
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)	72
Escala de Barthel.....	75
Resumo dos valores da consistência interna das escalas	77
Procedimentos	79
Procedimentos de Recolha de Dados.....	79
Procedimentos de Análise de Dados.....	80
Resultados.....	83
Avaliação do nível de funcionalidade dos recetores.....	83
Avaliação da relação entre variáveis sociodemográficas e fatores individuais, contextuais e estruturais na sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais	88
Discussão.....	102
Referências.....	110
ANEXOS.....	116
Anexo 1. Protocolo de Investigação.....	117
ANEXO 2. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos	128
ANEXO 3. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de estado civil e testes de homogeneidade das variâncias	129
ANEXO 4. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de situação profissional e testes de homogeneidade das variâncias	137

ANEXO 5. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de região de residência e testes de homogeneidade das variâncias	143
ANEXO 6. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de tipo de habitação e testes de homogeneidade das variâncias	149
ANEXO 7. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de motivo da dependência e testes de homogeneidade das variâncias	153

Lista de Tabelas

TABELA 1.....	63
TABELA 2.....	65
TABELA 3.....	79
TABELA 4.....	87
TABELA 5.....	90
TABELA 6.....	91
TABELA 7.....	92
TABELA 8.....	94
TABELA 9.....	95
TABELA 10.....	96
TABELA 11.....	97
TABELA 12.....	98
TABELA 13.....	99
TABELA 14.....	101

Lista de Figuras

FIGURA 1.....	58
FIGURA 2.....	88

Introdução

Uma das mais significativas conquistas da humanidade foi, sem dúvida, a ampliação da longevidade, resultado dos avanços científicos, médicos e socioeconômicos que permitiram a progressiva redução das taxas de mortalidade. Em épocas passadas, alcançar a velhice era um privilégio reservado a poucos, sendo a expectativa de vida substancialmente inferior à atual.

No entanto, nos dias de hoje, esse fenômeno manifesta-se de forma exponencial em escala global, conduzindo a uma reconfiguração demográfica sem precedentes. Embora represente um triunfo do desenvolvimento humano, o envelhecimento populacional emergiu como um dos desafios mais complexos e urgentes do século XXI, exigindo a formulação de estratégias abrangentes para enfrentar suas múltiplas implicações nos âmbitos social, econômico, político e sanitário (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Apesar de frequentemente abordados de maneira interligada, os conceitos de longevidade e envelhecimento populacional apresentam distinções conceituais e implicações diferenciadas. A longevidade refere-se ao prolongamento da vida humana, sendo influenciada por uma complexa interação de fatores biológicos, comportamentais e socioambientais que determinam não apenas a extensão da existência, mas também a sua qualidade ao longo dos anos (Rezende, 2018). Esse fenômeno está associado à evolução das condições de vida, aos avanços na medicina preventiva e curativa, bem como ao aprimoramento das políticas de saúde pública e assistência social.

Por outro lado, o envelhecimento populacional corresponde a uma transformação estrutural da composição etária das sociedades, caracterizada pelo aumento progressivo da proporção de indivíduos em faixas etárias mais avançadas em relação à população total. Esse processo decorre de mudanças demográficas contínuas, impulsionadas pela redução das taxas de natalidade e mortalidade, e manifesta-se como um fenômeno multidimensional que

transcende a esfera biológica. Envolve, assim, um intrincado conjunto de fatores culturais, políticos e econômicos, além de estar profundamente ancorado nos valores, normas e crenças que permeiam a história e a organização social das diferentes comunidades. Dessa forma, o envelhecimento populacional não pode ser analisado isoladamente, pois impõe desafios estruturais significativos em áreas como previdência social, mercado de trabalho, sistemas de saúde e redes de suporte familiar e comunitário, exigindo a formulação de políticas públicas e estratégias intersectoriais que possibilitem uma adaptação sustentável às novas dinâmicas demográficas (Rodrigues et al., 2006).

O envelhecimento populacional representa uma transformação estrutural de carácter global, sendo uma realidade inevitável e transversal às sociedades desenvolvidas. Esse fenómeno é impulsionado por um conjunto de fatores interdependentes que, ao longo das últimas décadas, têm favorecido a ampliação da longevidade e a reconfiguração da pirâmide etária. Entre os elementos determinantes deste processo, destacam-se a melhoria progressiva das condições de vida, os avanços científicos e tecnológicos que permitem uma abordagem mais eficaz da saúde e da doença, bem como a implementação de políticas públicas orientadas para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar da população idosa (Nunes, 2017).

Além dos fatores estritamente biomédicos e sanitários, importa considerar as variáveis socioeconômicas que desempenham um papel crucial na evolução deste fenómeno. A massificação do acesso ao ensino e a qualificação crescente dos indivíduos, a elevação dos rendimentos familiares, e a intensificação da urbanização dos territórios são alguns dos elementos que contribuem para a modificação dos padrões demográficos e para a expansão da esperança média de vida (Quaresma et al., 2016). Estes fatores interagem de forma complexa, refletindo-se não apenas no prolongamento da vida, mas também nas necessidades

emergentes associadas ao envelhecimento e à organização dos sistemas de proteção social e de cuidados de saúde.

De acordo com a United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2019), a população mundial com 65 anos ou mais ascendia, em 2019, a cerca de 703 milhões de indivíduos, sendo que as regiões do Sudeste e Leste Asiático, bem como a Europa e a América do Norte, concentravam as maiores proporções de população idosa. As projeções apontam para um aumento exponencial desse contingente demográfico, estimando-se que, até 2050, o número de pessoas com 65 anos ou mais atinja os 1,5 biliões, representando assim um dos mais significativos desafios sociais e económicos do século XXI. Esse crescimento acelerado exige das sociedades contemporâneas a implementação de estratégias multidimensionais que garantam não apenas a longevidade, mas também a manutenção da qualidade de vida, a inclusão social e a sustentabilidade dos sistemas de suporte à população envelhecida.

A longevidade da população com 65 ou mais anos tem registado um aumento significativo e contínuo, contrastando com a acentuada redução da taxa de natalidade, fenómeno que reflete uma profunda reconfiguração da estrutura etária do país. O declínio sustentado do número de nascimentos constitui um dos principais motores do envelhecimento demográfico, potenciando desafios de ordem social, económica e política. Paralelamente, verifica-se um aumento expressivo dos fluxos migratórios entre os mais jovens, que, face às restrições do mercado de trabalho nacional e à procura de melhores condições de vida, optam por emigrar.

Em sentido inverso, a população idosa que, em fases anteriores da vida, emigrou por motivos económicos, tem vindo a regressar ao país de origem após a aposentação, contribuindo, assim, para um reforço da percentagem de idosos na composição demográfica nacional. Esta conjugação de fatores evidencia uma tendência irreversível de envelhecimento

populacional e um desequilíbrio progressivo na relação entre grupos etários ativos e inativos, com repercussões diretas na sustentabilidade dos sistemas de proteção social e na configuração das políticas públicas destinadas à população sénior (António, 2012).

Portugal ocupa, atualmente, a terceira posição entre os países com o maior índice de envelhecimento, um indicador que ilustra a magnitude do fenómeno e a sua relevância no debate sobre o futuro das dinâmicas populacionais nacionais (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020). De acordo com projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2018, cerca de 21,8% da população residente em Portugal tinha 65 ou mais anos, consolidando uma tendência que se acentuará nas próximas décadas. As estimativas apontam para uma correlação negativa entre a população jovem e a população idosa, prevendo-se que, até 2080, o número de indivíduos com menos de 15 anos se reduza para menos de 1 milhão, enquanto a população sénior aumentará substancialmente, atingindo aproximadamente 2,8 milhões de indivíduos (INE, 2019).

Estes dados evidenciam não apenas a intensificação do envelhecimento demográfico, mas também a necessidade de repensar modelos de organização social e económica, ajustando estratégias de desenvolvimento às exigências impostas por uma população cada vez mais envelhecida. As implicações deste fenómeno transcendem a esfera da sustentabilidade dos sistemas de segurança social, estendendo-se a domínios como o mercado de trabalho, a prestação de cuidados de saúde, o ordenamento do território e a promoção do envelhecimento ativo, tornando imperativo o desenvolvimento de políticas públicas abrangentes e intersectoriais que garantam respostas eficazes a esta realidade demográfica em constante transformação.

Para uma compreensão mais aprofundada da dinâmica demográfica em Portugal, é crucial salientar que, em julho de 2022, a população sénior, composta por indivíduos com 65 ou mais anos, representava aproximadamente um quinto do total populacional,

correspondendo a cerca de 23% dos residentes no país. Em contraponto, a população jovem, englobando indivíduos com idade igual ou inferior a 15 anos, representava apenas 13% da estrutura demográfica nacional. Este desfasamento etário evidencia uma tendência demográfica profundamente assimétrica, marcada por um decréscimo acentuado das camadas etárias mais jovens e por um crescimento contínuo da população idosa.

Se o atual ritmo de envelhecimento se mantiver, projeta-se que, até 2080, Portugal se encontre entre os países com os mais elevados índices de envelhecimento populacional, conduzindo a profundas repercussões socioeconômicas. Este cenário desafia a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, saúde e previdência, exigindo reformas estruturais que mitiguem os impactos do decréscimo da população ativa e assegurem a viabilidade das políticas de bem-estar social face ao envelhecimento progressivo da sociedade (Santos, 2022).

A população sénior, enquanto subgrupo etário da sociedade, é caracterizada por uma complexidade única, dado que os indivíduos nesta faixa etária atravessam um processo multifacetado de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que ocorrem de forma gradual e progressiva ao longo do envelhecimento. Esses processos de transformação biológica e funcional implicam um aumento substancial da vulnerabilidade para o aparecimento de uma vasta gama de condições patológicas, desde doenças crônicas até comorbilidades, que demandam monitoramento contínuo e intervenções terapêuticas especializadas (World Health Organization, 2014).

O aumento significativo da esperança de vida, que é um reflexo direto dos avanços científicos, médicos e socioeconômicos do século XX e XXI, tem como consequência o crescimento do número de pessoas que atingem idades mais avançadas. Contudo, esse fenômeno de longevidade prolongada também traz consigo desafios complexos e multifacetados, uma vez que o envelhecimento está intrinsecamente associado ao declínio das

capacidades funcionais, tanto do ponto de vista físico quanto cognitivo. As perdas funcionais, especialmente as relacionadas à mobilidade, à autonomia nas atividades diárias e à capacidade cognitiva, tendem a se tornar mais pronunciadas à medida que o indivíduo envelhece, o que aumenta significativamente a dependência de cuidados para a realização das atividades básicas do cotidiano.

Dentre as consequências mais significativas desse processo, destaca-se a limitação progressiva das funções motoras e cognitivas, o que acarreta, inevitavelmente, uma dependência crescente de apoio para a satisfação das necessidades básicas, como alimentação, higiene pessoal, cuidados médicos e mobilidade. Em muitos casos, essa dependência não se limita apenas ao plano físico, mas estende-se à necessidade de suporte emocional e psicológico, uma vez que o envelhecimento pode ser acompanhado por alterações no bem-estar mental e social. Tradicionalmente, essa responsabilidade recai sobre o núcleo familiar, que, muitas vezes, precisa se adaptar às novas exigências decorrentes dessa dependência, enfrentando desafios não apenas de ordem logística, mas também emocional e financeira.

O presente estudo tem como objetivo central analisar a crescente necessidade de uma atenção mais aprofundada aos cuidadores informais, com ênfase na compreensão dos desafios enfrentados por aqueles que prestam cuidados a idosos dependentes. A investigação visa explorar a qualidade de vida desses cuidadores, considerando os múltiplos fatores que contribuem para a sobrecarga a que estão expostos, tanto em termos emocionais, psicológicos quanto sociais, e como o suporte adequado a esses indivíduos pode ser essencial para promover uma melhor gestão desse processo.

A sobrecarga do cuidador informal envolve não apenas os efeitos do stress físico e psicológico diretamente relacionados ao seu papel, mas também formas mais sutis de desgaste, que muitas vezes não são imediatamente identificáveis. Ao longo deste estudo, será

realizada uma análise detalhada das fontes dessa sobrecarga, com o objetivo de compreender como essas tensões influenciam o bem-estar geral dos cuidadores, afetando sua saúde mental, física e suas relações sociais. A investigação também busca identificar os mecanismos de enfrentamento adotados por esses indivíduos e os recursos disponíveis que podem aliviar a pressão e promover uma qualidade de vida mais satisfatória.

A literatura científica atual tem priorizado, de maneira predominante, o conceito de “sobrecarga” (burden), focando especialmente nas dificuldades e stressores associados ao papel de cuidador. Este enfoque tem levado à formulação de intervenções voltadas para a redução do stress e da carga experimentada pelos cuidadores, muitas vezes à custa de uma visão mais abrangente e equilibrada da experiência de cuidar.

A escassez de abordagens que considerem os aspetos positivos do cuidado e os recursos de enfrentamento dos cuidadores evidencia a necessidade de uma revisão das estratégias de apoio. Intervenções que enfoquem as dimensões positivas do cuidado, como o impacto emocional positivo e a satisfação derivada da tarefa de cuidar, são ainda limitadas. Quando tais intervenções existem, frequentemente carecem de um carácter multidisciplinar, organizado e integrado, o que reduz a sua eficácia. Essa lacuna na prática assistencial pode resultar na falta de identificação de indicadores críticos de risco, como a institucionalização do idoso ou, em cenários mais graves, a negligência e os maus-tratos.

Este trabalho está estruturado de forma a oferecer uma compreensão aprofundada do tema, dividindo-se entre uma análise teórica e uma investigação empírica. Na parte teórica, é realizada uma revisão detalhada dos principais conceitos e modelos que fundamentam o estudo, começando com uma análise do processo de envelhecimento, das questões relacionadas à dependência, incapacidade e perda de autonomia, elementos que são diretamente ligados à necessidade de cuidados prolongados. A seguir, o estudo debruça-se sobre os cuidadores informais, traçando um perfil socioeconômico desses indivíduos, suas

motivações, necessidades e os impactos do cuidado em suas vidas pessoais e familiares. Esta análise permite entender o contexto e os desafios que esses cuidadores enfrentam, evidenciando as dificuldades e as tensões associadas à tarefa de cuidar.

Além disso, será discutido o Modelo de Desenvolvimento de Stress de Pearlin et al., uma teoria amplamente aplicada no estudo dos cuidadores informais. Esse modelo ajuda a explicar como o stress é gerido pelos cuidadores, levando em consideração as demandas do cuidado e as respostas individuais. Sua relevância reside na capacidade de explicar as variações no impacto do stress e os mecanismos de enfrentamento utilizados por esses indivíduos, permitindo uma melhor compreensão de como diferentes cuidadores lidam com as dificuldades impostas pela tarefa de cuidar.

Numa segunda parte, o estudo se aprofunda na investigação de campo, começando com a apresentação dos objetivos da investigação e dos métodos adotados para a recolha e análise dos dados. Serão descritos os instrumentos utilizados, com a devida avaliação de suas qualidades psicométricas, além da caracterização da amostra. Em seguida, os resultados da pesquisa serão apresentados, oferecendo uma análise estatística detalhada e respondendo às questões formuladas no início do estudo. A discussão dos resultados será feita à luz do enquadramento teórico, correlacionando os dados empíricos com os conceitos estudados, abordando também as limitações do estudo e sugerindo possíveis direções para futuras investigações.

Ao final, as conclusões do trabalho sintetizarão os principais resultados, destacando as contribuições da pesquisa para o campo dos cuidadores informais e oferecendo recomendações para aprimorar o apoio e a intervenção a esses indivíduos. Além disso, serão apontadas novas possibilidades de pesquisa, com o intuito de melhorar o suporte a esse grupo essencial e promover uma melhor qualidade de vida tanto para os cuidadores quanto para os idosos assistidos. Este estudo não só visa ampliar o entendimento sobre os desafios

enfrentados pelos cuidadores informais, mas também propõe a reflexão sobre como as intervenções podem ser ajustadas para proporcionar um apoio mais eficaz, equilibrado e sustentável a esse grupo de pessoas que desempenham um papel fundamental no cuidado da população idosa dependente.

Enquadramento teórico

Abordagem Multidimensional do Envelhecimento

As transformações associadas ao processo de envelhecimento humano não proveem de um único fator, mas sim da interação entre vários fatores e dimensões do funcionamento do indivíduo. Quando um sujeito sofre uma mudança no seu estado de saúde, essa mesma mudança pode provocar a diminuição do seu funcionamento cognitivo, ou até a perdas sociais (como por exemplo, afastamento social) que podem levar ao aparecimento de perturbações afetivas, que por sua vez, afetaram o estado de saúde desse mesmo indivíduo.

O envelhecer do sujeito deve ser percebido como um processo progressivo, dinâmico, irreversível e natural, iniciando-se com nascimento e finalizando-se com a morte do idoso (Jacob, 2013). Deste modo, envelhecer é um fenómeno singular e pessoal, ou seja, varia de sujeito para sujeito e abarca um conjunto de significativas alterações a nível biopsicossocial que atuam ao longo do ciclo de vida do idoso (Sequeira, 2010).

Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é um fenómeno multifacetado, caracterizado por transformações físicas que implicam a progressiva redução da eficiência orgânica e funcional do corpo humano. À medida que o envelhecimento se instala, o organismo perde a capacidade de manter seu equilíbrio homeostático, processo vital para a manutenção da estabilidade interna. Esse desgaste, embora natural, não seria suficiente para originar disfunções graves nas fases iniciais da vida adulta. No entanto, com o passar do tempo, as consequências das alterações biológicas tornam-se mais evidentes, sendo um dos fatores que contribuem para o aumento de distúrbios funcionais e patologias associadas ao processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

As mudanças que acometem o indivíduo envelhecido se traduzem em alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que se manifestam principalmente na perda gradual da

capacidade funcional dos órgãos e sistemas corporais. Esse declínio se estende à capacidade adaptativa do corpo, um fator crucial para a manutenção da saúde diante das variações ambientais e internas. A diminuição da capacidade de adaptação e a redução da eficiência dos mecanismos compensatórios aumentam a vulnerabilidade do organismo, facilitando o surgimento de comorbidades, distúrbios multifacetados que dificultam ainda mais o equilíbrio funcional (Sequeira, 2010).

Junto ao conceito de envelhecimento biológico, emerge o conceito de senescência, que, segundo os estudos de Birren e Zarit (1985), se configura como um processo contínuo e cumulativo de mudanças que, com o tempo, expõem o indivíduo a uma maior fragilidade biológica. A senescência resulta em uma redução das capacidades autorregulatórias e reparadoras do organismo, além de comprometer a adaptabilidade frente às exigências externas. Este processo de envelhecimento não implica, entretanto, na deterioração absoluta da saúde.

Embora as probabilidades de desenvolvimento de condições incapacitantes aumentem com o avançar da idade, não se pode afirmar que a velhice seja sinônimo de saúde fragilizada ou deterioração inevitável (Sousa, 2011). O envelhecimento e a senescência são, portanto, processos que afetam tanto as estruturas internas do corpo quanto o aspecto físico e funcional do indivíduo, comprometendo suas funções vitais e gerando um declínio gradual nas capacidades fisiológicas.

Envelhecimento Psicológico e Cognitivo

O envelhecimento psicológico, que se manifesta de forma intrinsecamente conectada ao envelhecimento biológico, é influenciado pelas transformações que ocorrem no corpo ao longo do tempo, resultando em uma diminuição da eficiência funcional do organismo, o que, por sua vez, impacta o funcionamento psicológico do idoso. Com o surgimento de declínios físicos, observa-se uma interdependência estreita entre os aspectos fisiológicos e psicológicos

do envelhecimento, o que revela uma progressividade dessas alterações e um declínio gradual do funcionamento geral do indivíduo (Fonseca, 2004). A deterioração física, que atinge a capacidade de adaptação e equilíbrio homeostático, desencadeia não apenas mudanças na estrutura orgânica, mas também reflete diretamente nas funções cognitivas e emocionais, gerando um impacto psicológico que acompanha o processo de envelhecimento.

O envelhecimento psicológico decorre das repercussões mentais e emocionais das transformações morfológicas e funcionais do corpo. Essas mudanças se refletem em uma modificação nas atitudes, percepções e comportamentos do idoso, com destaque para a perda de memória, a redução na capacidade de atenção e concentração, além de dificuldades no raciocínio lógico (Squire, 2002). Tais modificações cognitivas são evidentes à medida que o processo de envelhecimento se torna mais pronunciado, caracterizando-se pela perda de funções anteriormente automáticas ou adquiridas ao longo da vida. Esta alteração nas capacidades cognitivas reflete, portanto, a interação entre os aspectos físicos e psicológicos do envelhecimento, uma vez que os impactos biológicos podem ter efeitos diretos na capacidade de processamento mental, memória e resolução de problemas.

No campo do envelhecimento cognitivo, as funções mentais, como inteligência, memória e aprendizagem, assumem papel central nas investigações, dado seu vínculo intrínseco com a adaptação e qualidade de vida dos indivíduos idosos. As abordagens contemporâneas sobre o declínio intelectual relacionado à idade revisaram constantemente os conceitos prevalentes, considerando, em grande parte, dados oriundos de métodos psicométricos. Ferramentas como a Escala de Inteligência de Wechsler (WAIS) e o Teste de Aptidões Mentais Primárias de Thurstone (PMA) têm sido fundamentais na avaliação das capacidades cognitivas, especialmente no que tange à inteligência (Spar et al., 2005). A inteligência, entendida como a capacidade de aprender, processar informações, adaptar-se ao novo e resolver problemas, pode se manter inalterada ou até mesmo ser aprimorada em

idades avançadas, desde que exista estimulação e práticas cognitivas que favoreçam a manutenção dessa competência.

Entretanto, é inegável que o processo de envelhecimento envolve uma redução progressiva de algumas funções cognitivas, com ênfase na diminuição da velocidade de processamento de informações, déficits na memória de trabalho e uma perda gradual da acuidade sensorial, como a visão e a audição, que impactam diretamente o desempenho cognitivo do idoso (Fonseca, 2007). A diminuição da capacidade de processar informações com a mesma rapidez e eficiência observada em faixas etárias mais jovens é um fator crítico no declínio cognitivo, embora, no entanto, outras variáveis também desempenhem um papel significativo nesse processo.

As condições de saúde preexistentes, como doenças crônicas (osteoporose, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras), fatores relacionados ao grau de envolvimento social do idoso (se ativo ou isolado socialmente), e características da personalidade, como autoestima e autoconceito, são determinantes para os resultados observados nos testes psicométricos de inteligência. Esses aspectos têm uma forte influência no desempenho cognitivo, evidenciando que o envelhecimento não é um fenômeno linear e que fatores extrínsecos, como o contexto de vida e as condições de saúde, podem amplificar ou mitigar os efeitos do declínio cognitivo (Schaie et al., 2002).

Dentro do domínio da memória, observa-se que a memória episódica é uma das funções cognitivas mais afetadas pelo envelhecimento, com uma perda significativa na capacidade de recordar informações recentes. No entanto, os idosos demonstram uma maior facilidade em lembrar eventos de sua juventude ou infância, pois essas memórias são, muitas vezes, marcadas por experiências emocionalmente intensas, que favorecem a preservação dessas recordações ao longo do tempo (Fonseca, 2007). A memória prospectiva, que envolve a recordação de tarefas futuras, como a administração de medicação ou a

realização de atividades cotidianas, é outra área que sofre impacto substancial no envelhecimento, sendo um dos aspetos nos quais os idosos apresentam dificuldades mais pronunciadas.

No que diz respeito à aprendizagem, a evidência sugere que os idosos possuem a capacidade de aprender tão bem quanto indivíduos mais jovens, desde que fatores não cognitivos, como motivação, autoconfiança e a percepção de sua própria competência, não interfiram negativamente. A performance do idoso em tarefas de aprendizagem pode ser fortemente influenciada por aspetos psicossociais, como a insegurança ou o medo de falhar, que podem prejudicar sua capacidade de envolvimento com o processo de aprendizado (Walsh, 1983).

Uma das principais variáveis que afeta a aprendizagem na terceira idade é o ritmo com que as tarefas são realizadas, uma vez que o idoso tende a apresentar uma velocidade de execução mais lenta em comparação com sua fase jovem, refletindo, em parte, as transformações cognitivas associadas ao envelhecimento (Schaie et al., 1991). Esse fenômeno sublinha a importância de explorar, de forma mais aprofundada, o impacto dos fatores cognitivos no processo de aprendizagem dos idosos, para que se desenvolvam estratégias de ensino e adaptação que favoreçam a aprendizagem contínua e a adaptação das capacidades cognitivas ao longo da vida.

Envelhecimento Social

À medida que o indivíduo transita para a velhice, ele é progressivamente submetido a uma série de transformações nos papéis sociais que desempenha, refletindo mudanças significativas não apenas nas suas atividades profissionais, mas também nas suas interações sociais e familiares. Um exemplo paradigmático dessa transição ocorre com a aposentadoria, um marco simbólico que frequentemente resulta na perda de um papel ativo, tradicionalmente ocupado no âmbito profissional, substituindo-o por um papel passivo que exige uma

reconfiguração da identidade social do idoso. Diante dessa nova realidade, torna-se imprescindível que o indivíduo idoso seja capaz de se ajustar às mudanças, com a flexibilidade necessária para reorganizar as esferas sociais e familiares, reintegrando-se a um contexto que valorize o novo papel social que passa a desempenhar (Fonseca, 2007).

A reforma, portanto, não se limita a ser um simples fim da atividade profissional, mas um processo de transição que impõe ao sujeito a necessidade de se reinventar, reformulando seus valores, suas metas e as rotinas cotidianas. Este processo de reinvenção pode conduzir muitos idosos a uma centralização de suas energias no ambiente familiar, especialmente no vínculo com os netos, proporcionando-lhes um senso renovado de afeto, apoio e amor, muitas vezes ausente nas fases anteriores da vida. O maior desafio da aposentadoria não reside somente na adaptação à nova organização do tempo, mas na habilidade do indivíduo em reorganizar suas atividades diárias de modo a substituírem a função profissional por outro papel que não apenas preserve, mas potencialize o seu sentido de utilidade social, preenchendo o vazio deixado pela atividade laboral (Sousa et al., 2004).

No entanto, é crucial entender que o envelhecimento não deve ser reduzido a um fenômeno que se inicia exclusivamente com a aposentadoria, mas sim como um processo contínuo e progressivo que permeia todo o ciclo de vida do indivíduo. A concepção contemporânea que associa o envelhecimento unicamente à fase de aposentadoria, como um evento pontual, ignora as transformações graduais e interdependentes que afetam o sujeito ao longo de sua trajetória de vida. Assim, a velhice não pode ser vista como um ponto de partida para um novo ciclo, mas sim como uma continuação de um processo dinâmico de reconfiguração identitária e social (Sequeira, 2010).

No que se refere à esfera familiar, observam-se transformações substanciais à medida que os filhos deixam o lar, configurando o que é comumente denominado de “ninho vazio”. Este fenômeno frequentemente provoca uma reorganização nas dinâmicas familiares, na

medida em que os pais, já mais experientes e com suas responsabilidades diretas reduzidas, experienciam um alívio de tarefas, uma sensação de tempo livre e, frequentemente, um sentimento de dever cumprido em relação à educação e criação dos filhos (Figueiredo, 2007).

Este processo de reestruturação familiar abre espaço para que os idosos busquem maior proximidade com seus filhos, considerando-os não apenas como suporte emocional, mas também como pilares de apoio físico e psicológico. Entretanto, os filhos, frequentemente imersos nas pressões da vida adulta e envolvidos em múltiplos papéis sociais, como pais, profissionais e cuidadores informais, muitas vezes não têm a disponibilidade ou os recursos necessários para atender plenamente às demandas de seus pais, o que pode gerar a configuração da denominada “Geração Sanduíche” (Sousa et al., 2004).

Além disso, a reciprocidade intergeracional emerge como um componente essencial das relações familiares na velhice. Os idosos, ao longo da vida, desenvolvem uma necessidade intrínseca de cuidar das gerações mais jovens, um desejo frequentemente manifestado através do anseio em assumir o papel de avós. Este desejo de se tornar avô ou avó está intrinsecamente relacionado à busca por uma relação mais livre de responsabilidades e deveres, permitindo uma experiência mais gratificante e emocionalmente satisfatória. A relação entre avós e netos, portanto, é marcada por uma intensidade emocional que, além de simbolizar a continuidade da família, também serve como um espaço de construção de novos papéis sociais, propiciando interações significativas que transcendem a lógica das obrigações parentais (Fonseca, 2007).

Outro aspecto significativo das interações sociais na velhice diz respeito às relações conjugais na terceira idade. Com o avanço da idade, muitos casais passam a viver novamente em um contexto de maior intimidade, dado que a configuração da família se reduz à composição inicial, ou seja, ao casal, que retorna a uma convivência mais centrada no vínculo conjugal. Esta fase pode intensificar a dependência emocional entre os cônjuges, uma vez que

ambos se percebem como os pilares fundamentais um para o outro. Nesse estágio da vida, os objetivos do casal tendem a mudar substancialmente, focando-se mais nas expressões afetivas do que em questões práticas, como o cuidado recíproco, a reconciliação com sentimentos do passado e a valorização da relação como um todo (Sousa et al., 2004). No entanto, a perda de um dos cônjuges acarreta um impacto profundo, obrigando o idoso a reconfigurar seus padrões emocionais e comportamentais, enfrentando o luto e a necessidade de adaptação a um novo modo de vida (Figueiredo, 2007).

É relevante destacar que a viuvez se torna cada vez mais prevalente à medida que a idade avança, especialmente após os 70 anos, sendo que as reações emocionais diante da morte do cônjuge são multifacetadas e complexas. O idoso pode experimentar uma gama de sentimentos, como revolta, negação, culpa, tristeza, alívio e sensação de perda, os quais, se não adequadamente abordados, podem culminar em quadros depressivos e, em casos extremos, contribuir para a deterioração física e mental do idoso, chegando até a contribuir para a morte prematura (Montorio et al., 1999).

Por fim, é importante considerar que os idosos frequentemente mantêm redes sociais e pessoais além dos seus vínculos familiares, formadas ao longo de suas vidas, através de amizades, vizinhos e conhecidos, que desempenham um papel crucial no bem-estar emocional do idoso. Embora essas redes não envolvam relações de parentesco, elas têm grande relevância no sentido de oferecer apoio social e afetivo (Figueiredo, 2007).

No entanto, surge o debate sobre a relação entre a diminuição dessas redes sociais e o fenômeno da solidão, pois a solidão está intimamente relacionada ao isolamento social, uma vez que, embora o indivíduo possa ter uma ampla rede de contatos, nem sempre mantém vínculos profundos e significativos com os membros dessa rede. Portanto, viver sozinho não implica necessariamente em solidão, assim como o fato de um idoso estar rodeado de contatos sociais não garante a ausência de sentimentos de isolamento (Sousa et al., 2004).

Em síntese, o envelhecimento social é um fenômeno complexo que envolve mudanças significativas nos papéis sociais do indivíduo nas esferas familiar, profissional e ocupacional. Esse processo de adaptação é caracterizado pela diminuição da participação social do idoso, exigindo dele um esforço contínuo para se reorganizar e reinventar sua identidade social, emocional e afetiva à medida que avança na velhice (Sequeira, 2010).

Envelhecimento e Dependência

O processo de envelhecimento é considerado um fenômeno populacional e individual, uma vez que para as sociedades é visto como o sucesso da humanidade resultante dos diversos avanços e desenvolvimentos tecnológicos e científicos, contudo é também reconhecido como um desafio devido aos eminentes custos sociais e de saúde que o mesmo acarreta. No campo individual, o envelhecer deve ser entendido com base em três aspectos vitais: biológicos, psicológicos e sociais (Fernández, et al., 2003).

É notável a tendência presente e futura para o aumento da população sénior, porém é possível constatar que com os avanços na medicina, nas redes de suporte social, bem como dos meios educacionais das sociedades atuais possibilita que, nos dias que correm, a maioria da população sénior consiga envelhecer sem a ocorrência de doenças crônicas, em particular, sem doenças crônicas incapacitantes. Assim sendo, a grande parte destes sujeitos consegue viver o seu dia a dia de forma independente ou com o mínimo de ajuda, salienta-se que cerca de 95% destes idosos permanecem nas suas casas, realizam as suas tarefas diárias podendo apenas necessitar de apoio familiar para tarefas que exigem um esforço acrescido (Paoletti, 2007).

Quando se quer descrever uma velhice bem-sucedida, o primeiro requisito a ter em consideração é a saúde, pois esta não irá apenas afetar a condição de felicidade do idoso, como também, na falta da mesma ocorrerá alterações diretas e/ou indiretas na qualidade de vida do sujeito (Fonseca, 2004). A investigação tem manifestado que existe uma estreita

relação entre a dependência e a idade do idoso, sendo que a percentagem de sujeitos com limitações das suas capacidades funcionais tende a aumentar em idades mais avançadas, mais concretamente a partir dos 75 anos (Sousa, et al., 2003).

No decorrer do processo de envelhecimento, a impossibilidade de executar autonomamente determinadas atividades do dia a dia deve-se em particular a dois motivos, que são o facto de que a dependência pode surgir do aparecimento de uma ou mais doenças crónicas, bem como pode caracterizar-se pela perda global das funções fisiológicas imputável ao processo geral de senescência (Marín, et al., 2001).

O perder de competências no sujeito idoso é consequência da desarmonia entre a pessoa e o meio, isto é, pelo decrescimento das suas capacidades, pelo aumentar das exigências de vida, ou até pela conjugação de ambos os fatores, assim sendo, estas perdas decorrentes do processo de envelhecimento, em particular aquelas que comprometem a saúde, a autonomia funcional e bem-estar do idoso colaboram para o aumento da sua vulnerabilidade e risco de ficar dependente, debilitando as possibilidades de vir a ter um decurso de envelhecimento bem-sucedido (Paúl, 2005).

É de salientar que a dependência não afeta de forma homogénea todos os domínios de atividade e funcionamento do idoso, surgindo na sua maioria devido a uma incapacidade física ou mental. Com o avançar da idade, o idoso encontra-se numa situação de maior vulnerabilidade em adquirir determinado tipo de doenças que o podem incapacitar, assim sendo, a população sénior é considerada um grupo de risco no que respeita ao desenvolver doenças crónicas incapacitantes e da multimorbilidade, o que faz com que estes sujeitos fiquem quase sempre dependentes dos cuidados dos seus familiares para o satisfazer das suas necessidades básicas e sociais (Joëll, 2001).

Atualmente, verifica-se que cerca de 80% dos sujeitos a partir dos 65 anos apresentam no mínimo uma doença crónica, como por exemplo a mais comum em Portugal que é a

hipertensão arterial, esta pode ser controlada com base em tratamento médico. Em casos de doenças como o AVC (acidente vascular cerebral) o sujeito pode beneficiar de programas de reabilitação para a promoção da sua qualidade de vida. Já situações como artrites e osteoporose podem ser utilizadas pelo idoso ajudas instrumentais como uma moleta ou um andador para que consiga manter um certo grau de autonomia funcional. Contudo, com o anterior disposto é possível constatar que uma doença crónica, seja ela de carácter físico ou mental, é a maior causadora de incapacidade e dependência na população sénior (Figueiredo, 2007).

Definindo genericamente o termo dependência, este exprime-se pela necessidade que o sujeito tem em receber ajuda e apoio nas suas tarefas do quotidiano, bem como para se conseguir adaptar e relacionar com a sua nova realidade. De acordo com o Conselho da Europa (1998), o termo dependência é definido como sendo um estado no qual o sujeito necessita de uma assistência e ajuda para a realização das actividades da sua vida diária, em particular, as que são referentes aos cuidados pessoais e de higiene, devido a se encontram numa situação de falta ou perda de autonomia funcional.

De acordo com o DL n.º 265/99 de 14 de Julho, uma pessoa dependente é aquela que se encontra numa situação em que não consegue realizar de forma autónoma os atos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas, tais como a realização de tarefas domésticas, cuidados pessoais e de higiene, requerendo o auxílio de outros.

Desta forma, para definir o termo dependência é imprescindível a existência de três importantes fatores: o sujeito apresentar uma limitação física, psíquica e/ou intelectual que comprometa determinadas capacidades; ser incapaz de executar tarefas diárias por si só; necessitar de receber cuidados por parte de outros (Figueiredo, 2007).

Este pensamento vai de encontro com a nova classificação de incapacidades da OMS (2004), intitulada como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde. Este documento tem por objetivo apresentar um esquema conceptual que permita interpretar e compreender as consequências das alterações de saúde:

- ⇒ Défice de funcionalidade: consiste na perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica.
- ⇒ Restrição de actividade: o sujeito fica restrito ou sem qualquer capacidade para exercer actividade consideradas normais para o ser humano, em consequência de um défice de funcionamento.
- ⇒ Restrição da participação: desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou restrição da actividade, e os recursos a que o sujeito tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal.

Apesar do conceito de dependência se sobrepor na sua maioria ao de incapacidade é importante deixar claro que estes dois termos não são sinónimos, uma vez que um sujeito pode sofrer de uma determinada incapacidade, que lhe ocasiona o restringir de certa atividade, esta incapacidade pode acabar por ser compensada mediante a adaptação do meio, não tendo que necessariamente ficar dependente de cuidados por parte de outrem. Já um individuo dependente é aquele que durante um período de tempo prolongado necessitará do apoio e ajuda dos outros para que consiga realizar certas atividades do seu dia a dia (Figueiredo, 2007).

Em suma, dentro do conceito de dependência encontram-se três noções basilares, as quais são: a multidimensionalidade serve para compreender que a dependência reúne múltiplos domínios – físico, psíquico, social e económico – que se interligam; a multicausalidade exprime que a dependência não é sinónimo de velhice, uma vez que nem todos os idosos são dependentes, bem como existem muitas pessoas que não se encontram na velhice e são dependentes; e a multifuncionalidade não assume só uma única função nem o carácter de

irreversibilidade com que muitas vezes é perspectivado, isto porque a dependência pode munir-se de uma função adaptativa ou fazer parte do próprio processo de adaptação, como é o caso de uma criança, que no decorrer do seu desenvolvimento irá atravessar por estádios de dependência (Lezaun, et al., 2001).

Dependência: Como avaliar?

Para compreender a dependência de um indivíduo, é essencial saber como ela é definida e avaliada. A dependência é caracterizada pela necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar atividades diárias durante um período prolongado. A avaliação da dependência geralmente se baseia em métodos de avaliação funcional, amplamente utilizados na prática geriátrica, para medir a capacidade e autonomia de uma pessoa em lidar com os desafios e demandas diárias (Caldas, 2003).

A funcionalidade é entendida como a capacidade de um indivíduo de se adaptar e enfrentar as exigências do cotidiano. A avaliação funcional analisa a capacidade do indivíduo para realizar atividades da vida diária, que são tipicamente subdivididas em três categorias:

1. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Estas são tarefas essenciais para a manutenção da vida diária e a sobrevivência. Incluem atividades como:

- ⇒ Alimentação: Comer e beber.
- ⇒ Higiene pessoal: Tomar banho, escovar os dentes e cuidar da higiene pessoal.
- ⇒ Vestir-se: Colocar e tirar roupas.
- ⇒ Mobilidade: Levantar-se, sentar-se e mover-se.
- ⇒ Controle de esfíncteres: Manter controle sobre a urina e as fezes.
- ⇒ Continência: Habilidade de usar o banheiro adequadamente.

2. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): Estas são atividades mais complexas que ajudam a manter a independência e a qualidade de vida, mas não são essenciais para a sobrevivência. Incluem:

- ⇒ Uso do telefone: Fazer e receber chamadas.
- ⇒ Preparação de refeições: Cozinhar e preparar alimentos.
- ⇒ Gerenciamento de medicamentos: Tomar medicamentos conforme prescrito.
- ⇒ Cuidados com a casa: Limpeza e organização do ambiente doméstico.
- ⇒ Gerenciamento financeiro: Lidar com dinheiro, pagar contas e administrar um orçamento.
- ⇒ Transporte: Habilidade de se deslocar, seja dirigindo ou utilizando transporte público.

3. Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD): Estas são atividades que geralmente envolvem uma maior complexidade e planejamento, refletindo o nível de engajamento e atividade social do indivíduo. Incluem:

- ⇒ Participação em atividades sociais: Envolvimento em eventos sociais e atividades comunitárias.
- ⇒ Gerenciamento de atividades pessoais: Planejamento de viagens, participação em hobbies e outras atividades pessoais que requerem organização e esforço.

A avaliação dessas atividades ajuda a determinar o grau de dependência e a necessidade de suporte para a pessoa. Ferramentas de avaliação funcional fornecem uma visão detalhada das capacidades e limitações do indivíduo, permitindo a criação de planos de cuidados mais eficazes e personalizados (Figueiredo, 2007).

Desta forma, a distinção entre atividades básicas de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) é fundamental para a avaliação da dependência de uma pessoa. As Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) são tarefas essenciais que são necessárias para a manutenção da vida diária e para a sobrevivência de uma pessoa. Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são as atividades mais complexas que não

são essenciais para a sobrevivência, mas são importantes para a independência e a qualidade de vida (Marín, et al., 2001).

A avaliação da capacidade de uma pessoa em realizar essas atividades ajuda a determinar o nível de suporte ou cuidados que ela pode precisar. A necessidade de assistência em AVDs geralmente indica um grau mais elevado de dependência, enquanto dificuldades com AIVDs podem sugerir um nível menor de dependência, mas ainda assim indicam a necessidade de algum tipo de apoio (Marín, et al., 2001).

A avaliação do grau de dependência de um indivíduo é fundamental para a definição dos cuidados necessários, e essa avaliação é geralmente realizada por meio de escalas de capacidade funcional. Os trabalhos pioneiros de Katz et al. (1963, citado por Marín & CasasNovas, 2001) e Lawton e Brody (1969, citado por Marín & CasasNovas, 2001) estabeleceram as bases para essas metodologias, que visam medir de maneira sistemática e quantificável o grau de dependência entre indivíduos com limitações funcionais. Essas escalas têm como objetivo fornecer um índice que reflita a capacidade funcional de uma pessoa, dividida em categorias específicas para facilitar a compreensão e a gestão dos cuidados necessários.

De acordo com Marín e Casasnovas (2001), as escalas de capacidade funcional não apenas buscam obter uma medida precisa da dependência, mas também proporcionam categorias distintas que ajudam a classificar os indivíduos com base no índice elaborado. Essas categorias são essenciais para entender o nível de suporte que cada indivíduo pode precisar.

O Índice de Katz (1963) é uma das escalas mais conhecidas para avaliar as atividades básicas de vida diária (AVD). Ele avalia a capacidade do indivíduo em realizar tarefas essenciais, como banho, vestuário, uso do banheiro, mobilidade e alimentação. Cada atividade é pontuada para refletir o grau de dependência.

Por outro lado, a Escala de Lawton e Brody (1969) foca nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são tarefas mais complexas e não essenciais para a sobrevivência, mas importantes para a independência e qualidade de vida. Esta escala avalia a capacidade do indivíduo em realizar atividades como usar o telefone, preparar refeições, gerenciar medicamentos e cuidados com a casa.

As escalas de capacidade funcional têm diversas aplicações práticas e clínicas, como monitorar a evolução dos pacientes e ajustar planos de tratamento. Elas são essenciais tanto na prática clínica quanto na pesquisa e na formulação de políticas de saúde. Essas ferramentas ajudam a avaliar a eficácia de intervenções e a desenvolver políticas de cuidados geriátricos, fornecendo dados objetivos sobre o grau de dependência e necessidades dos indivíduos. Contudo, para garantir uma avaliação precisa e útil, é crucial que as escalas sejam aplicadas de forma adequada e contextualizada, considerando fatores como cultura, ambiente e características individuais. A abordagem deve ser cuidadosa para refletir verdadeiramente as necessidades e capacidades funcionais de cada pessoa (Marín, et al., 2001).

Por fim, a dependência dos idosos é geralmente classificada em três níveis distintos, que refletem a gravidade da necessidade de assistência e o grau de autonomia que o indivíduo mantém:

1. Dependência Ligeira: O idoso com dependência ligeira ainda possui uma quantidade considerável de autonomia e consegue realizar várias atividades da vida diária com pouca ajuda. No entanto, esse nível de dependência requer apenas supervisão ou vigilância para garantir a segurança e oferecer apoio ocasional quando necessário. Os cuidados podem incluir monitoramento para prevenir acidentes ou pequenas assistências para tarefas específicas.
2. Dependência Moderada: Para o idoso com dependência moderada, a situação é mais complexa. Esse indivíduo precisa de supervisão contínua, além de assistência de

terceiros para realizar algumas atividades específicas da vida diária. Por exemplo, pode necessitar de ajuda para preparar refeições, tomar medicamentos, realizar cuidados pessoais ou realizar atividades domésticas. A assistência aqui é mais substancial e envolve um suporte mais ativo para assegurar que o idoso possa realizar tarefas essenciais de maneira segura e eficaz.

3. Dependência Severa: No caso de dependência severa, o idoso precisa de ajuda permanente para realizar a maioria ou todas as atividades diárias básicas. Esse nível de dependência indica que o indivíduo não tem capacidade para executar tarefas elementares por conta própria e, frequentemente, enfrenta sérias restrições de mobilidade. Geralmente, os idosos com dependência severa podem estar acamados ou ter dificuldades graves com a mobilidade. Além disso, podem ter outras incapacidades associadas, como dificuldades no controle esfincteriano, exigindo cuidados contínuos e extensivos para suas necessidades diárias.

Essas classificações são fundamentais para a determinação do tipo e nível de cuidados necessários, ajudando a adaptar as intervenções e os serviços às necessidades específicas de cada idoso. A avaliação do grau de dependência permite a criação de planos de cuidados personalizados, garantindo que os recursos e apoios sejam adequados ao nível de autonomia e às limitações enfrentadas pelo indivíduo (Figueiredo, 2007).

O Cuidador Informal

A importância da família na prestação de cuidados a idosos dependentes é amplamente reconhecida em diversas culturas e contextos, mesmo em países onde o suporte formal é robusto. Na Dinamarca, por exemplo, um país com uma extensa rede de serviços formais e onde o Estado assume a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, a família ainda desempenha um papel crucial no suporte aos idosos em situação de dependência, o que

demonstra que, apesar da presença de sistemas de apoio bem desenvolvidos, o envolvimento familiar continua a ser uma parte significativa da rede de cuidados (Mestheneos et al., 2005).

Em contraste, a tradição cultural portuguesa atribui à família, especialmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos idosos e de parentes próximos. Cuidar de parentes idosos é visto como uma extensão dos papéis familiares normais. Esta responsabilidade familiar é reforçada por uma certa resistência às instituições de cuidados formais, o que pressiona a família a assumir esse papel. Essa tradição é evidenciada na pesquisa de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), que destacam que a função de cuidador é frequentemente vista como uma obrigação familiar, em vez de uma responsabilidade compartilhada com o sistema formal de cuidados.

A prestação de cuidados pela família é extremamente complexa, envolvendo múltiplas dimensões da vida. Ela não se limita à ajuda prática, mas abrange aspetos emocionais e psicológicos de ambos os envolvidos: o cuidador e o recebedor. Esse relacionamento é geralmente baseado em décadas de vida em comum, seja conjugal ou parental, e está profundamente enraizado nas tradições culturais, sociais e religiosas da sociedade. Cada situação de cuidado é única e reflete uma trajetória individual e familiar distinta. A complexidade do cuidado familiar é, portanto, moldada por uma combinação de fatores históricos, emocionais e culturais, tornando cada caso singular e exigindo uma abordagem personalizada (Jani-Le Bris, 1994).

O conceito de prestação informal de cuidados refere-se ao ato de fornecer assistência regular e não remunerada a um membro da família, amigo ou outra pessoa próxima, com o objetivo de manter um nível de independência e qualidade de vida para o destinatário desses cuidados. De acordo com Pereira (2008), essa forma de cuidado pode incluir diversos aspetos e variar amplamente em termos de intensidade e duração, adaptando-se às necessidades específicas do indivíduo.

Os cuidados prestados de forma informal podem ser classificados em três categorias principais:

- ⇒ Cuidados Instrumentais: Envolvem atividades práticas necessárias para o bem-estar do indivíduo, como a administração de medicamentos, a preparação de refeições e a realização de tarefas domésticas. Estes cuidados são essenciais para a manutenção da funcionalidade diária e a autonomia do destinatário.
- ⇒ Cuidados Afetivos: Referem-se ao apoio emocional e social oferecido pelo cuidador. Isso inclui fornecer companhia, ouvir o indivíduo, oferecer suporte emocional e manter um relacionamento de apoio. Os cuidados afetivos são cruciais para a saúde mental e o bem-estar emocional da pessoa assistida.
- ⇒ Cuidados Econômicos: Envolvem a gestão financeira relacionada ao bem-estar da pessoa, como ajudar no pagamento de contas, administrar orçamento e lidar com outras questões financeiras. Esse tipo de apoio é importante para garantir que as necessidades econômicas do indivíduo sejam atendidas de maneira adequada.

Ribeiro (2007) destaca que o papel do prestador informal de cuidados é essencialmente prático e se concentra no apoio nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Os cuidadores informais desempenham um papel fundamental ao auxiliar na execução das tarefas diárias e na manutenção do funcionamento geral da pessoa que recebem cuidados.

Além dessas dimensões práticas, Squire (2005) citado por Figueiredo (2007) identifica três dimensões principais na prestação de cuidados:

1. Responsabilidade/Tomar Conta de Alguém: Esta dimensão envolve a responsabilidade de cuidar de outra pessoa, o que inclui a coordenação e gestão das

necessidades de cuidado. O prestador de cuidados assume a responsabilidade de monitorar e assegurar que as necessidades diárias do indivíduo sejam atendidas.

2. Satisfazer/Responder às Necessidades: Refere-se ao atendimento direto das necessidades práticas e físicas da pessoa assistida. Isso pode incluir tarefas como auxiliar na alimentação, higiene pessoal e mobilidade, garantindo que a pessoa receba o suporte necessário para realizar suas atividades diárias.
3. Dimensão Afetiva: Envolve o aspecto emocional do cuidado, como a preocupação, o interesse, a consideração e o afeto pelo indivíduo que recebe cuidados. Esta dimensão reflete o vínculo pessoal entre o cuidador e a pessoa assistida, destacando a importância do suporte emocional e do envolvimento afetivo no processo de cuidado.

Essas categorias e dimensões fornecem uma compreensão abrangente da complexidade da prestação informal de cuidados. Elas destacam não apenas as atividades práticas envolvidas, mas também o suporte emocional e a gestão financeira necessária para garantir uma assistência de qualidade. A prestação informal de cuidados é, portanto, um aspecto fundamental no apoio a pessoas com necessidades especiais, contribuindo significativamente para a manutenção de sua qualidade de vida e independência (Figueiredo, 2007).

A assistência a um familiar idoso dependente é uma tarefa complexa e multifacetada que pode muitas vezes parecer semelhante às responsabilidades realizadas em contextos familiares sem doenças ou dependências. Por exemplo, uma mulher que cuida de seu marido com Alzheimer, realizando tarefas como preparar refeições e manter a casa limpa, pode estar realizando atividades que são comuns em qualquer relação conjugal. No entanto, a assistência nas atividades de cuidados pessoais, como ajudar com o banho, a vestimenta e outras necessidades íntimas, é uma forma mais clara de prestação informal de cuidados. Essas tarefas são vistas como “extraordinárias” e transcendem o que seria considerado normativo ou habitual dentro das responsabilidades conjugais diárias (Schulz, et al., 1998).

A prestação informal de cuidados frequentemente é compreendida principalmente em termos de suporte nas atividades básicas da vida diária, como alimentação, higiene e administração de medicamentos. No entanto, essa visão é limitada e não captura totalmente a complexidade da assistência familiar. Estudos têm demonstrado que a componente emocional é central na experiência de cuidar (Figueiredo 2007).

Pearlin et al. (1990) oferecem uma distinção importante entre dois aspectos do cuidado:

Cuidar (Caring): Este termo descreve a componente afetiva do cuidado, que envolve preocupação, afeto e suporte emocional. Cuidar é uma parte intrínseca de qualquer relação próxima e afetiva, onde o objetivo é promover o bem-estar e a segurança do outro. Reflete um vínculo emocional e a vontade de proteger e apoiar a pessoa amada.

Prestar Cuidados (Caregiving): Este termo refere-se às atividades práticas e comportamentais necessárias para ajudar alguém nas suas tarefas diárias, como higiene, alimentação e mobilidade. Prestar cuidados abrange a assistência prática direta e é frequentemente associado a uma carga maior e a um papel mais estruturado e formal na vida do cuidador.

Enquanto a prática de cuidar pode ser uma troca natural e recíproca entre pessoas próximas, a prestação de cuidados pode se transformar em uma sobrecarga significativa, especialmente quando uma condição incapacitante exige uma ajuda intensiva e contínua. Essa transformação pode exigir uma profunda reconfiguração da dinâmica entre o cuidador e a pessoa assistida (Pearlin et al., 1990).

A definição de cuidador está, portanto, intimamente ligada à relação com a pessoa assistida, geralmente um idoso que perdeu parte de sua independência e autonomia, sendo que o papel do cuidador envolve não apenas a realização de tarefas práticas, mas também o manejo de uma significativa carga emocional. A prestação informal de cuidados é, assim, uma experiência multifacetada que exige uma compreensão das dimensões práticas e

emocionais envolvidas, refletindo a complexidade e os desafios associados ao cuidado de familiares dependentes (Felgar, 1998).

A prestação informal de cuidados frequentemente se divide entre cuidadores principais e secundários. O cuidador principal é responsável pela maior parte da assistência direta ao idoso dependente, incluindo atividades básicas e instrumentais do dia a dia, e geralmente é uma mulher entre 45 e 60 anos que concilia o cuidado com outras responsabilidades, como o trabalho (Pereira, 2008).

Os cuidadores secundários, como amigos e familiares, fornecem suporte adicional que é complementar ao do cuidador principal. Eles ajudam com tarefas menos intensivas, como apoio emocional, compras e transporte, aliviando parte da carga do cuidador principal (Pereira, 2008). Essa divisão de responsabilidades é essencial para a gestão eficaz dos cuidados e para o bem-estar do idoso.

Stone, Cafferata e Sangl (1987) definem os cuidadores com base no grau de envolvimento nos cuidados prestados ao idoso dependente. O cuidador principal é aquele que assume a totalidade ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados diários no domicílio, realizando as tarefas de rotina e mantendo uma presença constante. Por outro lado, o cuidador secundário inclui familiares, amigos, vizinhos, voluntários e/ou profissionais que prestam cuidados complementares. Esses cuidadores secundários contribuem com assistência adicional, geralmente em menor quantidade e intensidade.

Além disso, a terminologia também distingue entre cuidador formal e cuidador informal. O cuidador formal refere-se a profissionais contratados especificamente para prestar cuidados ao idoso, enquanto o cuidador informal são os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que oferecem suporte de forma não remunerada. Essa diferenciação é importante para compreender a estrutura e a dinâmica do cuidado, bem como os papéis distintos desempenhados pelos diversos tipos de cuidadores (Stone, et al., 1987).

A prestação de cuidados aos idosos é frequentemente uma responsabilidade familiar, com um cuidador principal assumindo a maior parte da assistência sem um acordo explícito entre os membros da família. Essa prestação informal de cuidados geralmente surge com doenças crónicas, que podem ser progressivas, constantes ou episódicas. Exemplos incluem cuidar de uma criança com asma intermitente, um irmão com um ataque cardíaco, um vizinho com uma lesão nas costas, uma mãe acamada após um AVC, ou um marido com cancro terminal. Cada situação afeta emocionalmente a família de forma distinta (Figueiredo, 2007).

Rolland (1994) descreve o impacto da doença na dinâmica familiar em três fases: crise, crónica e terminal. A fase de crise é caracterizada pela compreensão do diagnóstico e pela adaptação às mudanças necessárias para enfrentar os desafios de uma condição crónica ou tratamento prolongado. Neste período, a família precisa processar a nova realidade e ajustar suas rotinas e responsabilidades.

A fase crónica pode durar de pouco a muito tempo e exige que a família se organize para lidar com a condição de forma contínua. Isso envolve encontrar apoio, resolver problemas práticos, minimizar desequilíbrios nas relações familiares e tentar manter a máxima autonomia possível para todos os membros. É um período de adaptação constante, onde a previsibilidade é limitada e a organização é fundamental para a gestão das necessidades diárias.

Durante a fase terminal, a família enfrenta a inevitabilidade da morte, que traz desafios emocionais significativos, incluindo a necessidade de lidar com a perda, o luto e a reintegração à vida após a morte do ente querido. A fase terminal exige que a família se prepare para a separação e lide com o impacto emocional profundo da perda. Após a morte, a família deve passar pelo processo de luto e começar a reconstruir sua vida, ajustando-se a uma nova realidade sem o ente querido.

Cada fase traz desafios distintos e requer abordagens diferentes para que a família possa lidar eficazmente com as mudanças e continuar a funcionar como uma unidade coesa. A compreensão e o apoio adequados durante cada uma dessas fases podem ajudar a minimizar o impacto emocional e prático da doença crónica ou terminal sobre a família.

Processo de se tornar cuidador

O processo de transição para o papel de cuidador surge, predominantemente, em resposta à perda progressiva de funcionalidade e autonomia de um membro da rede social, podendo ocorrer de forma gradual à medida que a deterioração das capacidades do dependente se intensifica com o tempo, ou de maneira abrupta, em decorrência de perdas significativas e, por vezes, inesperadas.

Esta transição é, contudo, modulada por um conjunto de fatores que variam em intensidade e complexidade, sendo os mais determinantes o parentesco, o gênero, a proximidade física e a proximidade afetiva entre o cuidador e a pessoa dependente. Quanto mais estreitos e profundos forem os vínculos de parentesco e a proximidade física e emocional entre ambos, maior a probabilidade de o indivíduo assumir o papel de cuidador, em especial quando se trata de relações conjugais e de parentalidade, sendo que, em muitos casos, o papel recai sobre as mulheres e sobre aqueles que coabitam com o dependente (Gomes & Mata, 2017).

A evolução do indivíduo para o papel de cuidador é, muitas vezes, marcada por um processo não intencional e gradual, onde a atuação do cuidador se dá, inicialmente, como uma resposta natural e não planejada às crescentes necessidades do dependente, especialmente quando outros membros da rede social se mostram indisponíveis ou incapazes de prover o suporte necessário. Esse processo tende a ser amplificado à medida que o declínio funcional do dependente se acelera, criando um cenário em que a identidade do cuidador se

constrói de maneira quase orgânica, emergindo como uma consequência inevitável da própria dinâmica de necessidade e responsabilidade (Sequeira, 2010).

A multiplicidade de fatores que determinam a entrada de um indivíduo no papel de cuidador revela a complexidade desta transição, que é modelada por uma vasta gama de variáveis sociais, culturais e individuais. Essas causas podem variar significativamente, com base em contextos culturais, normativas sociais e nas transformações naturais que ocorrem nas dinâmicas familiares ao longo do ciclo de vida. As visões sobre a vida, a dignidade e o envelhecimento também desempenham papéis essenciais neste processo, pois influenciam diretamente as decisões relacionadas ao cuidado (Santos, 2006).

Guedes (2011) identifica quatro dimensões pelas quais os indivíduos podem ser levados a assumir o papel de cuidador: por instinto, desejo próprio, capacidade ou por forças conjunturais que emergem no contexto familiar. Nesse sentido, a reciprocidade emerge como um fator chave neste processo, visto que, para muitos idosos, o desejo de envelhecer no ambiente doméstico é um dos principais motivadores para que o cuidador, muitas vezes, seja um familiar próximo ou alguém com um vínculo emocional significativo, que se vê então comprometido a garantir que esse desejo seja atendido, muitas vezes à custa de suas próprias necessidades e limitações (Santos, 2008).

Portanto, tornar-se cuidador configura-se como um fenômeno multifacetado e dinâmico, onde a interseção de fatores sociais, emocionais, culturais e familiares cria uma complexa rede de motivações, desafios e responsabilidades, que redefinem o papel e a identidade do cuidador. Esse processo não é apenas uma mudança no exercício de funções dentro da família, mas um realinhamento profundo das relações interpessoais e das próprias concepções sobre a vida, o cuidado e a solidariedade intergeracional no contexto do envelhecimento.

O perfil do cuidador

O cuidador manifesta um conjunto de atributos que são cruciais para a sua competência no fornecimento de apoio, atributos esses que são desenvolvidos ao longo de sua trajetória de vida e, principalmente, por meio da experiência de cuidar. Entre as qualidades essenciais destacam-se o autoconhecimento, a empatia, a autoestima, a assertividade, a resiliência e a rede de suporte social (Castro et al., 2016). Estas características não só emergem como fundamentais no processo de cuidados, mas também são constantemente aprimoradas na interação contínua com as necessidades do dependente, permitindo ao cuidador evoluir em sua capacidade de tomar iniciativa, assumir responsabilidades e exercer sua autonomia (Sequeira, 2010).

Conforme Sequeira (2010), três áreas de competência são de suma importância para o perfil de um cuidador eficaz. A primeira área, a informação, diz respeito ao conjunto de conhecimentos especializados necessários para compreender o ato de cuidar, assim como as particularidades relacionadas à condição do dependente e os cuidados específicos a serem prestados. A segunda área, a mestria, refere-se à habilidade prática e técnica, que abrange as capacidades instrumentais exigidas para garantir a execução adequada e segura dos cuidados. A última área, o suporte, envolve as competências emocionais e afetivas que permitem ao cuidador gerir suas próprias emoções, cultivando estratégias de enfrentamento eficazes que facilitam a interação com o dependente e com os desafios diários.

Nogueira et al. (2012), por sua vez, apresentam uma ampliação da compreensão das competências essenciais do cuidador, organizando-as em três grandes categorias. As competências cognitivas referem-se ao conhecimento adquirido acerca das condições do dependente, das características da doença, das implicações para a prestação de cuidados e da motivação para o desempenho do papel de cuidador. As competências psicomotoras englobam a capacidade do cuidador de realizar, de forma eficiente e segura, as atividades de

vida diárias (AVDs), além de sua aptidão para executar ações preventivas e autodefensivas, visando sua proteção e bem-estar. Por fim, as competências relacionais envolvem habilidades interativas essenciais para estabelecer uma comunicação respeitosa e eficaz com o dependente, mantendo a dignidade do indivíduo enquanto se estabelecem laços de confiança e empatia.

Essas competências, embora distintas, estão interligadas e são cruciais para a efetividade do cuidador. Elas garantem não apenas uma execução competente dos cuidados, mas também promovem a preservação da saúde física e emocional do cuidador, assegurando que o processo de cuidar se realize de maneira equilibrada e sustentável para ambos os envolvidos. O desenvolvimento e a manutenção dessas capacidades são fundamentais para que o cuidador seja capaz de lidar com as múltiplas exigências da tarefa, de forma eficaz, sem comprometer sua qualidade de vida e saúde.

Impacto da prestação de cuidados

Cuidar de um indivíduo dependente representa, frequentemente, um compromisso significativo de tempo e energia, que se prolonga ao longo de um período substancial e resulta em efeitos amplos nas diversas esferas da vida do cuidador. Ao assumir a responsabilidade de cuidar, o indivíduo se vê, muitas vezes, forçado a reajustar seu próprio estilo de vida, limitando suas próprias liberdades e, conseqüentemente, tornando-se também dependente das exigências impostas por essa função (Abrantes, 2014). Esse processo de adaptação pode gerar não apenas uma diminuição da autonomia do cuidador, mas também uma profunda reconfiguração de suas prioridades e de seu senso de identidade, à medida que a necessidade de atender às demandas do dependente se sobrepõe às suas próprias necessidades e desejos.

O papel de cuidador envolve desafios psicológicos e físicos consideráveis, os quais podem resultar em uma série de impactos negativos. A sobrecarga é um desses impactos

primários, que ocorre quando o cuidador sente que as demandas do cuidado superam seus recursos pessoais, sejam estes temporais, emocionais ou físicos. A sobrecarga se manifesta na sensação de que o equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e os próprios recursos do cuidador está insustentável, o que, por sua vez, afeta diretamente a qualidade de vida deste indivíduo. O cotidiano do cuidador acaba, então, por girar em torno das necessidades do dependente, muitas vezes em detrimento das suas próprias necessidades de bem-estar, lazer e saúde, o que resulta em uma diminuição progressiva da qualidade de vida. Como discutido por Sousa et al. (2021), essa interação entre o cuidador e a pessoa assistida é caracterizada por uma complexa rede de desafios, que inclui dificuldades emocionais, questões práticas no cuidado, tensões relacionadas à vida social e profissional do cuidador, e questões financeiras. Tais dificuldades não apenas impactam a saúde mental e física do cuidador, mas também as suas interações familiares e sociais, contribuindo para um isolamento muitas vezes involuntário.

Contudo, a experiência de cuidar de alguém também pode gerar sentimentos de gratificação e satisfação, decorrentes da percepção de que o cuidador está cumprindo um papel vital no apoio ao ente querido. Esse sentimento de realização pode ser particularmente forte quando o cuidador sente que está oferecendo ao dependente um ambiente seguro e digno para viver, contribuindo para o seu bem-estar. A reciprocidade afetiva, o fortalecimento dos laços familiares e o sentimento de autoeficácia geram um impacto positivo significativo na experiência do cuidador, trazendo uma sensação de que suas ações têm um propósito profundo.

De acordo com Sommerhalder (2001), a vivência de cuidar pode levar a diversos efeitos positivos, incluindo (1) um significativo desenvolvimento pessoal, (2) um aumento no senso de realização e orgulho por superar as dificuldades do cotidiano, (3) a melhoria nas relações interpessoais, (4) uma maior valorização do sentido da vida, (5) prazer derivado das

ações de cuidado, (6) satisfação pessoal, (7) a sensação de retribuição aos familiares, (8) contentamento consigo mesmo, e (9) bem-estar resultante da qualidade do cuidado prestado.

No entanto, é fundamental considerar que, embora esses aspectos positivos sejam um reflexo importante da experiência de ser cuidador, eles não devem obscurecer os desafios significativos e as dificuldades que os cuidadores enfrentam. A sobrecarga, tanto física quanto emocional, e as dificuldades práticas e financeiras devem ser levadas em conta para uma abordagem holística do fenômeno. Além disso, é necessário um equilíbrio entre reconhecer os benefícios da experiência de cuidar e garantir que os cuidadores recebam o suporte necessário para mitigar os aspectos negativos dessa função.

Dessa forma, políticas públicas e intervenções sociais que busquem melhorar a qualidade de vida dos cuidadores devem ser desenvolvidas de maneira a reconhecer tanto os desafios quanto as recompensas dessa tarefa. O suporte adequado pode, assim, facilitar o reconhecimento do potencial de crescimento pessoal dos cuidadores, ao mesmo tempo em que minimiza as dificuldades que surgem de sua responsabilidade de cuidado.

Necessidades do cuidador familiar

As necessidades dos cuidadores informais podem ser analisadas sob três grandes dimensões: materiais, emocionais e informativas. As necessidades materiais referem-se aos recursos concretos e instrumentais indispensáveis para o exercício da função de cuidar, como apoio financeiro, produtos técnicos e equipamentos necessários ao cuidado contínuo e à adaptação das condições do dependente (Félix, 2008). Essas necessidades são essenciais para garantir que os cuidadores possam desempenhar suas funções sem a sobrecarga de limitações materiais, possibilitando a manutenção da qualidade de vida do dependente e do próprio cuidador. As necessidades emocionais, por outro lado, estão intimamente ligadas ao apoio psicológico e relacional, refletindo a importância das redes sociais de suporte, como familiares, amigos e outros membros da comunidade.

Esse suporte emocional desempenha um papel crítico na preservação da saúde mental do cuidador, prevenindo o desgaste psicológico e o impacto negativo do stress prolongado. Já as necessidades informativas dizem respeito ao conhecimento técnico e prático que o cuidador necessita para enfrentar os desafios cotidianos do cuidado, incluindo o entendimento dos aspetos relacionados à saúde do dependente, métodos de manejo e estratégias de cuidado adequadas. A falta de informação pode agravar as tensões associadas ao papel de cuidador, tornando-o ainda mais desafiador (Félix, 2008).

Entre essas três categorias, as necessidades informativas costumam se destacar, dado que a aquisição de conhecimento adequado pode mitigar o impacto negativo das demais dimensões. Sem uma base sólida de informações, o cuidador pode se sentir desamparado e incapaz de administrar as exigências do cuidado, resultando em estresse adicional e afetando sua capacidade de proporcionar cuidados eficazes. Portanto, o acesso contínuo a fontes confiáveis de informação e à formação especializada são cruciais para garantir que o cuidador tenha os recursos necessários para lidar com o cotidiano do cuidado.

Em termos de suporte institucional, existem várias medidas direcionadas para atender às necessidades dos cuidadores, tanto no aspeto material quanto no social. No âmbito material, destacam-se benefícios como: (1) Bonificação do Abono de Família para Crianças e Jovens com Deficiência; (2) Complemento por Cônjuge a Cargo; (3) Complemento por Dependência; (4) Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA); (5) Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência ou Doença Crónica; e (6) Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa. Esses benefícios visam apoiar os cuidadores no enfrentamento das dificuldades financeiras que surgem no contexto da prestação de cuidados contínuos (Paiva, 2020).

Além disso, no plano social, são disponibilizadas diversas iniciativas que oferecem suporte integral aos cuidadores, como: (1) Apoio Voluntário, que proporciona assistência

prática em tarefas de cuidado; (2) Associação de Cuidadores Informais, que oferece apoio emocional e orientação sobre como lidar com as dificuldades do cuidado; (3) Programas de Descanso do Cuidador Informal, que possibilitam períodos de recuperação e alívio para os cuidadores; (4) Informação Online Gratuita, que oferece recursos educativos sobre o cuidado; e (5) Linha Telefônica Gratuita para Aconselhamento, que oferece orientação imediata em momentos de necessidade ou dúvida (Paiva, 2020, p.36). Contudo, a efetividade dessas medidas depende da capacidade do sistema de saúde e da rede social de serviços de integrar de maneira eficaz essas estratégias, de forma a garantir que todas as necessidades dos cuidadores sejam atendidas de forma abrangente e coordenada.

Modelo de Desenvolvimento de *Stress* do ato de cuidar

O Stress Process Model de Pearlin, et al. (1990) é um modelo desenvolvido para entender o stress enfrentado por cuidadores de pessoas com doenças graves, como a doença de Alzheimer. Este modelo foi formulado a partir de um estudo longitudinal que entrevistou 555 indivíduos que prestavam cuidados a cônjuges ou pais com demência.

Segundo Aneshensel (1995) o estudo envolveu entrevistas com questões abertas e fechadas para capturar uma visão abrangente das experiências dos cuidadores. As entrevistas focaram em entender os problemas enfrentados pelos cuidadores, suas ações, emoções, sentimentos gerados pelas dificuldades e os esforços que eles empregavam para lidar com essas questões.

Com base nas respostas obtidas, foram desenvolvidos questionários para medir os principais constructos identificados. A análise dos resultados levou à formulação de duas perspectivas conceituais principais:

⇒ Exclusividade de Cuidador (Caregiving Career): Esta perspectiva aborda o processo contínuo e dinâmico de ser um cuidador. Examina como o papel do cuidador evolui

ao longo do tempo, incluindo as mudanças na condição do paciente, as alterações na vida do cuidador e a adaptação às novas demandas e responsabilidades.

⇒ Modelo de Desenvolvimento de Stress: Este modelo foca em como o stress se desenvolve e é gerido ao longo do tempo. Analisa as fontes de stress, como as demandas do cuidado, e os fatores que podem moderar ou intensificar o impacto do stress, como o suporte social e as estratégias de enfrentamento.

O Modelo do Processo de Stress, formulado por Pearlin et al. (1990), constitui uma das abordagens teóricas mais relevantes no estudo dos cuidadores informais, sendo amplamente utilizado devido à sua especificidade e robustez para analisar as experiências desta população. Este modelo oferece uma estrutura detalhada e multidimensional para compreender a natureza complexa do stress associado à função de cuidador, integrando elementos contextuais, fontes de tensão, repercussões e fatores mediadores. Em termos gerais, o modelo é composto por quatro componentes principais:

1. O contexto do cuidador e o ambiente de stress: Este domínio examina as características do cuidador e as condições externas que moldam sua experiência de stress. Fatores como idade, gênero e o tipo de patologia do dependente, como diferentes tipos de demência, são considerados determinantes cruciais na maneira como o cuidador vivencia as pressões associadas à tarefa de cuidar. Estes aspetos pessoais e contextuais oferecem um pano de fundo que pode facilitar ou agravar a experiência de stress.
2. Os stressores relacionados ao ato de cuidar: Aqui, o modelo distingue dois tipos principais de fontes de stress. Os stressores primários referem-se às exigências diretas e cotidianas impostas pela tarefa de cuidar, como as responsabilidades físicas, emocionais e cognitivas associadas ao cuidado do dependente. Já os stressores

secundários são as repercussões indiretas desses desafios, como o impacto na vida social, econômica e emocional do cuidador, gerando uma sobrecarga adicional.

3. Os mediadores do processo de stress: Por último, o modelo incorpora a importância dos mediadores, ou seja, fatores que influenciam a intensidade e a natureza do stress experimentado pelos cuidadores. Estes mediadores podem incluir a rede de apoio social, as estratégias de enfrentamento adotadas pelo cuidador, as percepções de autoeficácia e outros recursos pessoais e sociais, que podem atenuar ou exacerbar a relação entre os stressores e as suas manifestações.
4. Os resultados ou manifestações do stress: Este componente analisa as consequências do stress, que se traduzem em mudanças nas condições emocionais, físicas e psicossociais do cuidador. Os efeitos do stress podem variar desde o surgimento de transtornos de saúde mental (como depressão e ansiedade) até dificuldades de relacionamento e diminuição da qualidade de vida, refletindo a acumulação das tensões dos domínios anteriores.

O Modelo do Processo de Stress proporciona, portanto, uma lente abrangente para analisar a experiência do cuidador informal, permitindo compreender como diversos fatores interagem e influenciam o grau de stress e os impactos psicossociais desse processo. Ao identificar os mecanismos que ligam as exigências do cuidado às suas repercussões, este modelo oferece uma base sólida para o desenvolvimento de intervenções que possam mitigar os efeitos adversos do cuidado informal.

No que concerne aos fatores de stress, estes eram referidos como contextos problemáticos que detinham a capacidade de posicionar o sujeito em situações geradoras de stress, sendo que, as consequências e resultados seriam os efeitos negativos dessas mesmas situações de stress, como por exemplo, consequências na saúde e bem-estar do indivíduo. Em contrapartida, os fatores moderadores eram definidos como recursos psicossociais, estratégias

de coping e suporte social que detinham a capacidade de auxiliar o sujeito na modificação e regulação dos fatores de stress e respectivas consequências (Aneshensel, et al., 1995).

Indo de encontro á temática desta investigação, o prestar cuidados a um idoso dependente gera elevados níveis de tensão e sobrecarga nos vários domínios da vida do seu cuidador informal, originando a designada proliferação de stress, processo este que objetiva clarificar o porquê dos sujeitos reagirem de formas diferentes em situações que são semelhantes, comprovando que cada pessoa tem formas diferentes de lidar com as fontes de stress, podendo a mesma situação despertar diferentes mecanismos de coping em distintos espaços temporais (Nolan, et al., 2002).

Desta forma, a perda de autónoma do idoso leva à origem de repercussões na dinâmica emocional do seu cuidador informal, em particular, a nível dos índices de sobrecarga, sendo que todos estes eventos são denominados pelos autores do modelo como fatores de stress primários.

Os fatores de stress primário tendem a propagar-se por outras áreas da vida do cuidador, como por exemplo, a nível do domínio familiar, laboral e socioeconómica, podendo despoletar problemas e desordens nos respetivos domínios, dando origem aos fatores de stress secundário (Pearlin, et al., 1990). O cuidador ao realizar uma introspeção subjetiva das consequências que surgem do ato de cuidar, acaba muitas vezes por afetar as perceções e sentimentos que o mesmo tem de si e do idoso, o que leva ao aparecimentos das suas tensões intrapsíquicas que são carregadas como fonte de stress no cuidador informal (Aneshensel, et al., 1995).

Assim sendo, o mecanismo central que impulsiona o processo de intensificação do stress nos cuidadores reside no fato de que estes não se limitam à função de cuidar, mas também desempenham uma multiplicidade de outros papéis sociais, o que contribui significativamente para o aumento da pressão sobre seus recursos emocionais e físicos

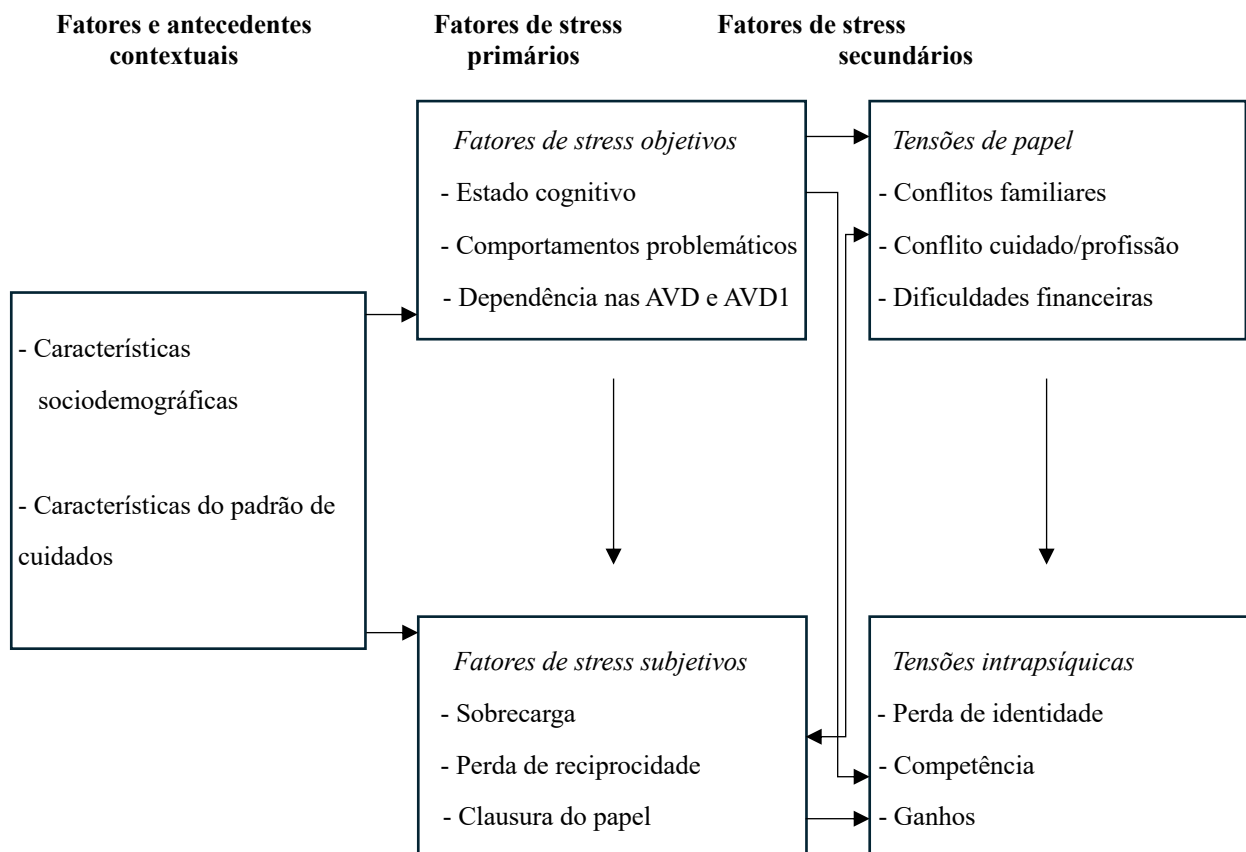
(Aneshensel et al., 1995). A sobrecarga de papel refere-se à vivência subjetiva de estar excessivamente sobrecarregado pelas inúmeras exigências e responsabilidades associadas à tarefa de prestar cuidados informais, levando a uma sensação de desgaste profundo. Por sua vez, a clausura do papel implica a percepção de que a responsabilidade de cuidar foi atribuída de forma imposta, muitas vezes sem o desejo ou a escolha do cuidador, o que pode gerar um sentimento de aprisionamento emocional e psicológico.

O sentido de competência está relacionado à autoavaliação do cuidador sobre suas próprias capacidades e habilidades para lidar com os desafios diários da tarefa de cuidar, sendo profundamente influenciado pela sua autopercepção de eficácia e pelo grau de satisfação com a qualidade de seu cuidado.

Em contrapartida, o enriquecimento pessoal refere-se à percepção de que a experiência de cuidar pode funcionar como uma via de crescimento pessoal e desenvolvimento emocional, proporcionando ao cuidador uma sensação de realização, aprendizado e fortalecimento de sua identidade, o que pode resultar em um impacto positivo sobre seu bem-estar global (Aneshensel et al., 1995).

Figura 1.

Proliferação de stress (adaptação de Pearling et al., 1990)



Objetivos da investigação

O envelhecimento constitui um processo dinâmico e multifacetado, frequentemente acompanhado por um aumento na vulnerabilidade a patologias de natureza física e mental. Essa crescente fragilidade conduz à necessidade progressiva de assistência na realização das atividades de vida diária, implicando, muitas vezes, a intervenção de cuidadores informais. Estes indivíduos assumem, de forma não profissionalizada, a responsabilidade pelo cuidado e bem-estar da pessoa dependente, enfrentando desafios significativos que se refletem em múltiplas dimensões da sua vida pessoal, social e profissional.

Neste enquadramento, a presente investigação tem como objetivo central analisar a relação entre a prestação de cuidados a um indivíduo em situação de dependência e a

qualidade de vida do cuidador informal, considerando as suas implicações ao nível físico, psicológico, emocional e social. Para uma abordagem estruturada e sistemática desta problemática, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- ⇒ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais e dos indivíduos dependentes;
- ⇒ Explorar a perceção subjetiva dos cuidadores informais relativamente ao seu papel e ao impacto da prestação de cuidados nas diferentes esferas da sua vida, incluindo bem-estar psicológico, relações interpessoais e qualidade de vida global, mediante:
 - ⇒ A avaliação do nível de funcionalidade dos indivíduos dependentes, identificando as suas necessidades específicas de apoio e a complexidade dos cuidados prestados;
 - ⇒ A pesquisa de relação entre as variáveis sociodemográficas, as características da prestação de cuidados e os impactos experienciados pelos cuidadores informais, analisando a interdependência entre fatores individuais, contextuais e estruturais na sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores.

Método

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação desenvolvida pelo Grupo de Investigação Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Idosos (CLISSIS), da Universidade Lusíada de Lisboa, sob a coordenação da Professora Doutora Túlia Cabrita. Esta investigação tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre os impactos da prestação de cuidados informais, nomeadamente no que concerne à qualidade de vida e à sobrecarga experienciada pelos cuidadores de idosos diagnosticados com demência.

A investigação adota uma metodologia quantitativa, adota um design descritivo-correlacional, uma vez que visa caracterizar o perfil sociodemográfico e psicossocial dos cuidadores informais, bem como examinar as relações entre a qualidade de vida e a sobrecarga associada ao exercício da função de cuidador. Tratando-se ainda de um estudo transversal, dado que a recolha de dados ocorre num único ponto temporal.

Participantes

Os participantes deste estudo são cuidadores informais de idosos dependentes de diferentes áreas geográficas do território nacional. O estudo contou com a participação de 54 cuidadores informais, todos os quais responderam de forma voluntária e integral ao questionário online. A amostra foi selecionada por meio de um método de amostragem não probabilística por conveniência.

Como critérios de inclusão, foram considerados cuidadores informais maiores de idade, que prestam cuidados a idosos diagnosticados com demência. Os critérios de exclusão abrangem participantes cujo cuidador não estivesse a cargo de um idoso com quadro demencial ou que estivesse a cuidar de um ou mais indivíduos sob o acompanhamento de cuidadores formais.

Na Tabela 1 figura a caracterização sociodemográfica detalhada dos participantes nas variáveis sociodemográficas qualitativas. Dos 54 cuidadores informais, 87.0% ($n = 47$) são

femininos, refletindo um padrão geralmente observado em estudos sobre cuidadores informais, onde a maior parte dos cuidadores é composta por mulheres. No que diz respeito ao estado civil, 33.3% ($n = 18$) são casados e 25.9% ($n = 14$) solteiros, o que sugere que as circunstâncias familiares, especialmente as relações conjugais e sociais, podem desempenhar um papel relevante nas dinâmicas de cuidado.

Em termos de nível educacional 46.3% ($n = 25$) são licenciados, o que denota maior capacidade de reflexão crítica sobre o seu papel como cuidadores, bem como diferentes abordagens no que tange ao acesso e utilização de recursos de apoio ao cuidado. Em relação à situação profissional, 61.1% ($n = 33$) têm uma atividade profissional ativa, o que indica que muitos cuidadores informais estão simultaneamente a gerir exigências profissionais e familiares.

A combinação da sobrecarga do cuidado com a manutenção de uma carreira profissional pode resultar em elevados níveis de stress e desgaste, o que é um fator de grande relevância para a análise do impacto do ato de cuidar na qualidade de vida dos participantes. Relativamente à distribuição geográfica dos participantes, 61.1% ($n = 33$) vivem em Lisboa e Vale do Tejo, sendo que 72.2% ($n = 39$) têm em casa própria. A predominância de cuidadores informais nesta área pode estar ligada a diversos fatores socioeconómicos, como a maior acessibilidade a recursos e instituições dedicadas ao cuidado, além de uma potencial proximidade a redes de apoio informais e formais.

Contudo, essa concentração também pode refletir as desigualdades regionais em termos de acesso a esses mesmos serviços em outras zonas do país, sendo relevante analisar como tais variações podem impactar diretamente as condições de vida e as experiências vividas pelos cuidadores informais.

Por outro lado, a situação habitacional revela uma considerável estabilidade residencial, que pode ser interpretada como um reflexo de uma maior segurança económica e

uma estrutura familiar mais sólida. A posse de casa própria é frequentemente associada a uma sensação de autonomia e controle sobre o espaço, o que pode facilitar a organização e gestão do ambiente de cuidado, reduzindo a instabilidade associada à habitação.

No entanto, é importante considerar que, embora a posse de habitação própria ofereça uma sensação de segurança, também pode sobrecarregar o cuidador com custos fixos relacionados com a manutenção da casa, como hipotecas ou despesas com reparações, além de aumentar o impacto emocional e físico do cuidado, especialmente quando as exigências associadas ao papel de cuidador se tornam intensas e prolongadas.

Nesta amostra, 22.2% ($n = 12$) vivem só com o marido/esposa, 16.7% ($n = 9$) vivem com os familiares dependentes, e 14.8% vivem com os familiares dependentes, marido/esposa e outros, o que sugere uma realidade de coabitação onde os cuidadores estão frequentemente em contato diário com o familiar que necessita de apoio contínuo. Este arranjo habitacional pode implicar uma série de desafios adicionais, nomeadamente no que se refere à gestão de espaços partilhados, à organização de rotinas diárias e ao manejo das relações interpessoais dentro do ambiente familiar.

Ainda se observou que 53.7% ($n = 29$) dos participantes assumem pela primeira vez o papel de cuidador, o que evidencia a introdução recente a um papel de alta responsabilidade, sendo que 74.1% ($n = 40$) são cuidadores principais, e em 66.0% ($n = 35$) os únicos cuidadores, o que reforça a exclusividade e a intensidade da tarefa que desempenham. No entanto 66.7% ($n = 36$) só prestam cuidados exclusivamente a uma pessoa, mais frequentemente do sexo feminino em 58.5% dos casos ($n = 31$), o que implica um compromisso intensivo, com responsabilidades concentradas em um único indivíduo, podendo, assim, aumentar a carga física e emocional do cuidador e em 77.8% ($n = 42$) a pessoas com doenças adquiridas.

Quanto aos motivos para a dependência dos idosos, observa-se uma grande variação nas causas, sendo a doença a principal razão identificada (35.2%), seguida pela velhice (33.3%). No que diz respeito ao apoio adicional, 27.8% ($n = 15$) dos cuidadores relataram que não tinham acesso a nenhum tipo de suporte formal ou informal adicional, como serviços de alimentação, higiene, limpeza doméstica ou mesmo suporte psicológico, o que intensifica a carga do cuidado, levando a uma sobrecarga física e emocional.

Este padrão evidencia a complexidade das necessidades de cuidado, uma vez que as doenças crônicas e degenerativas, como demência, Alzheimer, doenças cardiovasculares e outros quadros clínicos, são frequentemente os principais responsáveis pela incapacidade de realizar atividades de vida diária de forma autônoma. A velhice, por sua vez, contribui para a perda gradual das capacidades físicas e cognitivas, exigindo cuidados que, muitas vezes, são contínuos e exigem não apenas suporte físico, mas também apoio emocional e psicológico para o idoso e para o cuidador.

As doenças que afetam a funcionalidade dos idosos, além de imporem limitações físicas, frequentemente têm um impacto psicológico profundo, tanto no paciente quanto no cuidador, o que faz com que o apoio profissional e institucional seja crucial para garantir uma gestão adequada da dependência e para reduzir o stress e o desgaste associados a essa experiência.

Características sociodemográficas da amostra nas variáveis qualitativas

Tabela 1.

Descrição das características sociodemográficas dos participantes nas variáveis qualitativas

Variáveis	Categorias	n	%
Gênero	Masculino	7	13.0
	Feminino	47	87.0
Estado civil	Solteiro(a)	14	25.9
	Solteiro(a) c/ parceiro(a)	1	1.9
	União de Facto	5	9.3

Descrição das características sociodemográficas dos participantes nas variáveis qualitativas

	Casado(a)	18	33.3
	Separado(a)	1	1.9
	Separado(a) c/ parceiro(a)	3	5.6
	Divorciado(a)	9	16.7
	Divorciado(a) c/ parceiro(a)	2	3.7
	Viúvo(a)	1	1.9
Nível de escolaridade	Ensino Básico	8	14.8
	Ensino Secundário	17	31.5
	Licenciatura	25	46.3
	Mestrado	3	5.6
	Doutoramento	1	1.9
Situação Profissional	Atividade profissional ativa	33	61.1
	Desempregado(a)	11	20.4
	Reformado(a)	9	16.7
	Reformado(a) com atividade profissional ativa	1	1.9
Região onde reside	Norte	5	9.3
	Centro	14	25.9
	Lisboa e Vale do Tejo	33	61.1
	Alentejo	2	3.7
Tipo de habitação	Casa mãe	2	3.7
	Casa própria	39	72.2
	Casa alugada	10	18.5
	Outra	3	5.6
Com quem reside atualmente	Familiar(es) dependente(s)	9	16.7
	Marido/Esposa	12	22.2
	Marido/Esposa, Filho(s)	7	13.0
	Filho(s)	8	14.8
	Outro(s) familiar(es)	7	13.0
	Sozinho(a)	3	5.6
	Familiar(es) dependente(s), Marido/Esposa e outros	8	14.8
É a primeira vez que assume o papel de cuidador?	Não	25	46.3
	Sim	29	53.7
Procede à prestação de cuidados a mais do que uma pessoa em simultâneo	Não	36	66.7
	Sim	18	33.3
É cuidador principal?	Não	14	25.9
	Sim	40	74.1
Tem apoio?	Não	15	27.8
	Sim	39	72.2
Género do familiar a que presta cuidados	Masculino	18	34.0
	Feminino	31	58.5
	Outro	4	7.5
Tipo de doença	Crónica	10	18.5
	Adquirida	42	77.8
	Congénita	2	3.7
	Não	35	66.0

Descrição das características sociodemográficas dos participantes nas variáveis

Existe mais algum elemento a prestar cuidados?	Sim	18	34.0
Motivo da dependência	Velhice	18	33.3
	Doença	19	35.2
	Demência	6	11.1
	Outros	11	20.4

Nota. $N = 54$

A Tabela 2 descreve as características sociodemográficas dos cuidadores nas variáveis quantitativas, indicando o mínimo (Min), máximo (Max), média (M) e desvio-padrão (DP).

Características sociodemográficas da amostra nas variáveis quantitativas

Tabela 2.

Caracterização sociodemográfica dos participantes nas variáveis quantitativas

Variáveis	n	Min	Max	M	DP
Idade	54	20	83	51.7	13.1
Número de filhos	51	0	3	1.1	0.9
Se é reformado(a), com que idade se reformou?	10	55	66	62.4	3.3
Há quanto tempo cuida do(s) seu(s) familiar(es)?	51	.4	35	6.7	8.5
Qual a idade do familiar a quem presta cuidados?	52	29	96	80.3	12.7
No caso de prestar cuidados a mais do que uma pessoa indique a idade	5	75	95	86.4	7.7

Nota. $N = 54$

A idades dos cuidadores varia entre 20 e 83 anos ($M = 51.7$, $DP = 13.1$), demonstrando uma heterogeneidade etária significativa que proporciona uma visão abrangente sobre as diversas faixas etárias que se inserem no contexto do cuidado informal. Têm entre zero e três filhos ($M = 1.1$, $DP = .9$), o que pode implicar uma responsabilidade parental adicional, afetando tanto a carga emocional quanto a física associada ao ato de cuidar. Prestam cuidados desde há 5 meses até há 35 anos ($M = 6.7$, $DP = 8.5$), tendo a pessoa a quem prestam cuidados entre 29 e 96 anos ($M = 80.3$, $DP = 12.7$).

Instrumentos

Para a condução desta investigação, recorreu-se a um conjunto de instrumentos previamente validados e utilizados no protocolo do estudo realizado pelo Grupo 2 - “*Qualidade de Vida, Intervenção Psicossocial e Cidadania*”, no âmbito da pesquisa intitulada “*Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores da Pessoa Idosa: Impacto do Suporte Psicológico e Social*”, coordenado pela Professora Doutora Túlia Cabrita. Dentre os instrumentos empregados, destacam-se o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).

A escolha e aplicação desses instrumentos visam, de forma sistemática e precisa, o alinhamento com os objetivos delineados para o estudo, permitindo a obtenção de dados quantitativos e qualitativos robustos que sustentem a análise das variáveis em questão. Cada um dos instrumentos foi selecionado com a intenção de explorar e avaliar de forma aprofundada as dimensões essenciais relacionadas à sobrecarga vivenciada pelos cuidadores informais, bem como a sua percepção sobre a qualidade de vida, integrando aspetos psicossociais e contextuais do fenômeno.

Dessa forma, a utilização dessas ferramentas não apenas facilita o entendimento dos objetivos propostos, como também assegura a rigorosidade metodológica, conferindo maior consistência aos resultados e conclusões do estudo.

Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico concebido para a recolha de dados descritivos minuciosos sobre os cuidadores informais, visando a obtenção de informações cruciais que pudessem proporcionar uma compreensão profunda das características sociodemográficas e psicossociais dos participantes. O questionário abrangeu um conjunto abrangente de variáveis, incluindo, mas não se limitando a, gênero, faixa etária, estado civil,

nível de escolaridade, situação profissional, e o grau de parentesco com o idoso a quem os cuidados são prestados. Complementarmente, foram recolhidos dados relativos à duração da função de cuidador informal, com ênfase na frequência semanal do envolvimento nas atividades de cuidado, sendo especificados o número de dias por semana e a carga horária diária dedicada a essa função.

Adicionalmente, o questionário procurou captar informações relacionadas ao domínio de coabitação, especificamente se o cuidador reside ou não com o idoso em questão, bem como se existe qualquer compensação monetária associada ao seu papel de cuidador, o que pode influenciar a sua experiência e percepção do cuidado.

No intuito de explorar o impacto potencial deste papel sobre o estado de saúde e o bem-estar do cuidador, o questionário integrou questões focadas na avaliação subjetiva do cuidador acerca da sua saúde física e mental. Este aspeto possibilitou uma análise qualitativa do estado emocional e físico do cuidador, permitindo observar de forma mais pormenorizada as possíveis consequências psicossociais e físicas associadas à sua experiência de sobrecarga e ao desgaste derivado das responsabilidades do cuidado. A inclusão de questões sobre a autopercepção do cuidador em relação à sua saúde visa fornecer um panorama mais completo sobre os desafios enfrentados, não apenas no nível pragmático do cuidado, mas também no plano pessoal e emocional.

Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

A versão original da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) foi concebida pelo WHOQOL Group em 1994, com o propósito de fornecer uma avaliação multifacetada e abrangente da qualidade de vida, abordando diferentes dimensões do bem-estar humano, incluindo aspetos físicos, psicológicos e sociais. Este instrumento foi posteriormente adaptado e validado para a população portuguesa pelos pesquisadores

Canavarro et al. (2006), demonstrando uma robustez psicométrica substancial, tanto em termos de consistência interna quanto em relação a diversos critérios de validade.

O índice de consistência interna foi avaliado através do alfa de Cronbach, com os valores variando de .66 no domínio das Relações Pessoais a .84 no domínio Físico, evidenciando uma confiabilidade considerável nas diferentes dimensões da qualidade de vida avaliadas. Para além disso, a validade discriminante, a validade concorrente e a validade de conteúdo do instrumento foram igualmente robustas, sendo estes elementos determinantes para garantir que a escala mensura efetivamente os constructos que pretende avaliar, ao passo que a confiabilidade teste-reteste assegurou estabilidade temporal nas medições.

Considerada uma ferramenta de fácil aplicação e ampla acessibilidade, a WHOQOL-BREF distingue-se pela sua capacidade de ser administrada de forma autónoma, sem a necessidade da presença de um avaliador, o que facilita a sua utilização em ambientes clínicos, comunitários e de investigação. No entanto, a versão adaptada para a população portuguesa apresenta uma limitação pontual, a qual se refere à fragilidade no domínio das Relações Sociais, particularmente em relação à consciência interna deste domínio, o que implica uma menor acurácia na medição da experiência social do indivíduo, embora este aspeto tenha sido considerado de menor impacto no contexto da aplicação prática do instrumento (Canavarro et al., 2007).

A escala é composta por 26 itens no total, dos quais duas questões são orientadas para a autoavaliação subjetiva, focando-se na perceção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e na satisfação com a sua saúde geral. As restantes questões estão distribuídas em quatro domínios principais, a saber: Psicológico, Físico, Meio Ambiente e Relações Sociais, cujas respostas se encontram numa escala de Likert de 5 pontos, e que são amplamente reconhecidos como dimensões fundamentais da saúde mental e física de um indivíduo,

refletindo as interações complexas entre o bem-estar psicológico, o estado físico, as condições ambientais e as relações interpessoais.

Nas duas questões gerais sobre a percepção da qualidade de vida e saúde, os participantes respondem numa escala de Likert de 5 pontos, de 1 = “Muito má” a 5 = “Muito boa”. O valor da consistência interna nestes dois itens apresentou um valor alfa de Cronbach $\alpha = .798$. Após o que foi calculada a medida compósita neste domínio resultante da média das respostas dos participantes nestas duas questões, e na qual se obteve $M = 2.87$, $DP = .94$.

O domínio Psicológico é constituído pelos itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26, obtendo-se uma consistência interna $\alpha = .902$ nos 6 itens. Após calculada a média das respostas neste domínio obteve-se $M = 3.22$, $DP = .95$.

O domínio Físico é constituído pelos itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, com uma consistência interna de $\alpha = .861$ nos 7 itens. Após calculada a média das respostas neste domínio obteve-se $M = 3.02$, $DP = .82$.

O domínio Meio Ambiente detém os itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 cuja consistência interna foi de $\alpha = .864$ no conjunto dos 8 itens. Após calculada a média das respostas neste domínio obteve-se $M = 3.15$, $DP = .81$.

Finalmente no domínio Relações Sociais constituído por 3 itens, 20, 21 e 22, o valor de Alpha de Cronbach $\alpha = .837$, sendo $M = 2.89$, $DP = 1.03$.

Escala de Zarit

A Escala de Zarit, amplamente utilizada em contextos clínicos e de investigação, constitui um instrumento essencial para a identificação e análise dos fatores que precipitam o esgotamento físico, emocional e psicológico dos cuidadores informais e é constituída por 16 itens. Este questionário objetiva captar a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores, possibilitando a posterior conceção de intervenções direcionadas para as suas necessidades específicas.

Destaca-se, na literatura científica, pela sua robustez psicométrica, sendo amplamente validada em múltiplos estudos internacionais, os quais atestam sua alta confiabilidade e consistência interna. A ferramenta, portanto, apresenta-se como uma medida eficaz para monitorar as várias facetas da sobrecarga do cuidador, permitindo a criação de um quadro abrangente e preciso da intensidade e da dinâmica dessa sobrecarga no contexto da prestação de cuidados a pessoas dependentes (Ferreira et al., 2010).

A versão traduzida da Escala de Zarit adota um modelo de classificação quantitativa e escalonada para os itens, permitindo a análise detalhada do grau de sobrecarga com base nas respostas fornecidas pelos participantes. As opções de resposta, estruturadas em uma escala de frequência de Likert com 5 pontos: 1- “Nunca”, 2 – “Quase Nunca”, 3 – “Às vezes”, 4 – “Bastantes Vezes” e 5 – “Quase Sempre”, as quais refletem o grau de frequência com que o cuidador vivencia cada uma das situações descritas nas questões. Analisada a consistência interna da escala obteve-se $\alpha = .906$ no conjunto dos 16 itens, sendo obtida a média das respostas dos participantes nesta escala, que apresentou $M = 2.99$, $DP = .81$.

A pontuação total, obtida pela soma das respostas, pode também ser categorizada em diferentes intervalos, com a seguinte interpretação: uma pontuação ≤ 21 sugere a ausência de sobrecarga, enquanto uma pontuação entre 22 - 40 indica uma sobrecarga ligeira, por sua vez, uma pontuação na faixa de 41- 60 aponta para uma sobrecarga de moderada, e valores superiores a 61 são indicativos de uma sobrecarga severa. Este sistema de pontuação permite uma avaliação dos níveis de sobrecarga, facilitando a identificação de cuidadores que necessitam de intervenções mais urgentes, ao mesmo tempo em que proporciona uma visão clara sobre a magnitude do impacto da tarefa de cuidar na saúde e bem-estar do cuidador.

A aplicação desta escala, ao proporcionar uma análise quantitativa robusta da sobrecarga, permite a adaptação de respostas adequadas, desde o apoio psicológico até

estratégias de gestão do tempo e das tarefas, visando mitigar os efeitos adversos da sobrecarga e promover o bem-estar global dos cuidadores.

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) constitui um instrumento psicométrico sofisticado e multidimensional, desenvolvido para avaliar de forma abrangente a percepção subjetiva dos indivíduos acerca do suporte social percebido em diversos contextos relacionais e cujas respostas se encontram numa escala de concordância de Likert com 5 pontos: 1- “Discordo totalmente”, 2 – “Discordo na maior parte”, 3 – “Não concordo nem discordo”, 4 – “Concordo na maior parte” e 5 – “Concordo totalmente”. Este instrumento é estruturado em quatro domínios subjacentes, as quais se inter-relacionam, mas que igualmente capturam diferentes facetas do apoio social experimentado pelo indivíduo.

O primeiro domínio, intitulado “Satisfação com Amigos”, e constituído pelos itens 3, 12, 14 e 15, incide sobre a avaliação do grau de satisfação que o sujeito experimenta em relação às suas relações de amizade, fornecendo uma medida da qualidade e da intensidade das interações sociais mantidas com amigos próximos, ou seja, aquelas que proporcionam apoio emocional, social e, em alguns casos, instrumental. O item 3 encontra-se em sentido inverso aos restantes, pelo foi recodificado pela expressão seis menos o valor da resposta do participante. A consistência interna no conjunto destes 4 itens foi de $\alpha = .93$ no conjunto dos 4 itens, sendo obtida a média das respostas dos participantes neste domínio, a qual apresentou $M = 2.92$, $DP = 1.31$.

O segundo domínio, “Intimidade”, centra-se na avaliação da percepção do indivíduo sobre a existência de um suporte social íntimo e confidencial, considerando a profundidade e autenticidade das relações pessoais em que os sentimentos de confiança, empatia e apoio emocional genuíno são predominantes, e tem os itens 1, 4, 5 e 6. Os itens 1 e 6 são formulados de maneira inversa, ou seja, expressam insatisfação ou ausência de suporte social

e foram codificados de modo análogo ao item 3. Obteve-se $\alpha = 0.677$ no conjunto dos 4 itens, sendo calculada a média das respostas dos participantes neste domínio, onde se alcançou $M = 2.82$, $DP = .98$.

O terceiro domínio, “Satisfação com a Família”, formado pelos itens 9, 10 e 11, examina a satisfação do indivíduo com o suporte social oferecido pelo núcleo familiar, abordando a dinâmica de apoio dentro da família nuclear e ampliada, e refletindo sobre a presença e a qualidade do suporte emocional, afetivo e até instrumental proporcionado pelos membros familiares. Obteve-se $\alpha = .830$ no conjunto dos 3 itens, sendo que a média das respostas dos participantes apresenta $M = 3.08$, $DP = 1.07$.

Por fim, o quarto domínio, “Atividades Sociais”, com os itens 2, 7 e 8, investiga o grau de satisfação do sujeito em relação à participação em atividades sociais, sejam estas informais ou organizadas, que promovem o envolvimento social e a sensação de pertencimento a um grupo, de modo a fortalecer a sua rede de apoio social. A consistência interna neste domínio foi de $\alpha = .729$ no conjunto dos 3 itens, sendo que a média das respostas dos participantes apresenta $M = 3.45$, $DP = 1.08$.

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

O instrumento em questão é constituído por um total de 30 potenciais dificuldades relacionadas com o papel do cuidador informal (30 itens), as quais estão intrinsecamente associadas a diversas áreas da vida do cuidador, incluindo o impacto na vida social, saúde, situação económica, qualidade do relacionamento interpessoal, e na receção de apoio por parte dos profissionais de saúde.

A validade deste instrumento foi estabelecida em contexto nacional por Sequeira (2007), através da aplicação da escala a uma amostra de 182 cuidadores informais em contexto hospitalar. A abordagem metodológica utilizada envolveu a recolha de dados através de um conjunto de itens com quatro opções de resposta distintas, variando entre 1 – “Não

acontece no meu caso”, 2 – “Acontece, mas não me perturba”, 3 – “Acontece e causa-me alguma perturbação” e 4 – “Acontece e perturba-me muito”. A pontuação final obtida por cada cuidador pode oscilar entre um valor mínimo de 30 e um máximo de 120, sendo que o valor médio global da escala foi estabelecido em 45, refletindo a intensidade global das dificuldades identificadas na experiência do cuidador informal.

Este instrumento está estruturado em cinco domínios fundamentais, cada uma abordando uma área específica de dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, permitindo uma análise multivariada e multifacetada da sua experiência. O primeiro domínio, intitulado “Implicações Familiares e Pessoais”, é composto por 7 itens (3, 10, 16, 17, 20, 28 e 29), que buscam avaliar os efeitos do papel de cuidador nas esferas familiares e pessoais do indivíduo, considerando a sobrecarga emocional e as alterações no funcionamento das relações íntimas.

A consistência interna das respostas nestes 7 itens foi de $\alpha = .874$, sendo a média da medida compósita neste domínio $M = 2.93$ e $DP = .77$, o que indica que as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores em termos de relações familiares e pessoais podem ser substanciais.

O segundo domínio, “Relações Familiares”, inclui 5 questões (9, 12, 14, 19, 22) e mede as dificuldades interpessoais que surgem nas interações familiares em decorrência das responsabilidades de cuidado. Este domínio examina a percepção do cuidador sobre a qualidade e a dinâmica das suas relações familiares, que frequentemente são alteradas pela sobrecarga que implica o cuidado de um ente querido. O valor da consistência interna foi de $\alpha = .855$, sendo que na média das respostas a este domínio se obteve $M = 2.41$ e $DP = .92$, o que sugere que a alteração das relações familiares é um fator importante, embora nem sempre um dos mais elevados em termos de impacto percebido.

O terceiro domínio, denominado “Reações ao Cuidar”, engloba 7 questões (1, 6, 13, 15, 21, 23, 24), tendo como objetivo avaliar as respostas emocionais e comportamentais do

cuidador diante da experiência do cuidado. Este domínio permite identificar o grau de stress emocional, frustração e outras reações afetivas decorrentes da vivência do cuidador. O valor da consistência interna foi de $\alpha = .894$, apresentado a média das respostas neste domínio $M = 2.83$ e $DP = .85$, o que denota a presença de reações emocionais adversas associadas ao desgaste do cuidador.

O quarto domínio, “Consequências do Cuidar”, é igualmente composto por 7 questões (2, 5, 8, 11, 18, 25, 26), e visa identificar os efeitos diretos e indiretos do cuidado na vida do cuidador, incluindo os impactos no seu tempo pessoal, na sua saúde física e mental, bem como nas suas capacidades funcionais e no seu bem-estar geral. O valor da consistência interna neste domínio foi de $\alpha = .882$, sendo que a média das respostas neste domínio apresentou $M = 2.59$ e $DP = .81$, o que indica que o impacto do cuidado nas várias áreas da vida do cuidador tende a ser substancial, embora moderado, refletindo o custo pessoal do ato de cuidar.

Finalmente, o quinto domínio, “Apoios Sociais e de Saúde”, consiste em 4 questões (4, 7, 27, 30) e avalia o nível de apoio social e de saúde disponível para o cuidador, considerando tanto os recursos formais (instituições de apoio, serviços de saúde) como informais (rede de suporte social).

O valor da consistência interna foi de $\alpha = .630$, contudo segundo Feitas & Rodrigues (2005) os valores de alfa entre 0.60 e .70 ainda são considerados moderados e podem ser usados em análises futuras.

Na média das respostas a este domínio obteve-se $M = 2.79$ e $DP = .78$, o que sugere uma necessidade evidente de melhorar o acesso e a qualidade do apoio disponível aos cuidadores.

A utilização deste instrumento permite, assim, uma análise detalhada e multifacetada das dificuldades e desafios enfrentados pelos cuidadores informais, proporcionando uma

compreensão abrangente dos diferentes domínios que afetam a sua qualidade de vida. Ao analisar as pontuações obtidas em cada uma das cinco dimensões, é possível identificar áreas específicas de maior fragilidade e necessidade de intervenção, permitindo o desenvolvimento de estratégias de apoio que visem mitigar o impacto negativo do cuidado na vida dos cuidadores informais.

Escala de Barthel

A Escala de Barthel constitui um dos principais instrumentos de avaliação funcional utilizados na prática clínica para mensurar o grau de independência de indivíduos em atividades essenciais da vida diária (AVD). Compreendendo 10 parâmetros específicos, a escala tem como objetivo não apenas classificar o paciente de forma global, mas também oferecer uma análise segmentada e precisa das suas capacidades nas diversas áreas que constituem o seu funcionamento cotidiano. A avaliação abrange o espectro da total dependência até a total independência, proporcionando uma visão multifacetada da autonomia do indivíduo.

O primeiro domínio analisado pela escala é a alimentação, a qual examina a capacidade do indivíduo para ingerir alimentos de maneira autônoma, sem necessidade de assistência. Esse critério reflete não apenas a aptidão física do paciente, mas também as suas condições cognitivas e motora, uma vez que pode envolver a habilidade de utilizar talheres adequadamente, mastigar e engolir sem dificuldade.

O domínio das transferências avalia a habilidade do paciente para realizar movimentações básicas, como sair de uma cadeira ou da cama, o que implica em um equilíbrio funcional entre forças musculares, coordenação motora e controle corporal. Este parâmetro é especialmente relevante para determinar o nível de dependência do indivíduo em relação ao auxílio físico de outros para mudanças de posição ou de locomoção.

A avaliação da higiene pessoal, por sua vez, foca na capacidade do paciente de realizar tarefas básicas de autocuidado, como a lavagem de mãos e rosto, escovação dos dentes e outros cuidados essenciais com a higiene. Este critério é de suma importância para identificar não apenas a competência física do paciente em manter a própria limpeza, mas também as implicações psicossociais, uma vez que a perda dessa capacidade pode afetar a autoestima e a dignidade do indivíduo.

Dentro do contexto das funções fisiológicas, a utilização do WC é um domínio que visa mensurar a autonomia do paciente para realizar as funções biológicas de eliminação, sem necessidade de assistência constante. A habilidade para se deslocar até o banheiro e realizar tais funções de maneira independente reflete uma autonomia funcional significativa, sendo essencial para a definição da qualidade de vida e da independência do paciente.

No que concerne ao banho, a escala avalia a capacidade de o paciente tomar um banho completo de forma autônoma, um critério que envolve a mobilidade física, o controle motor e, em alguns casos, o apoio emocional ou cognitivo. A função de mobilidade mensura a habilidade do indivíduo para locomover-se dentro e fora de ambientes internos e externos, refletindo a sua capacidade de transitar com segurança e sem dependência de assistência constante.

A habilidade de subir e descer escadas constitui um domínio específico que analisa a aptidão do paciente para enfrentar obstáculos verticais, algo essencial não apenas no contexto residencial, mas também para a mobilidade em espaços públicos. Este critério envolve aspectos de força, coordenação e equilíbrio, sendo um dos indicadores mais críticos da funcionalidade do paciente na vida cotidiana.

A avaliação de vestir-se e de realizar tarefas relacionadas à troca de roupas é um parâmetro importante, uma vez que trata de habilidades de motricidade fina, coordenação e

autonomia pessoal. A dependência nesse domínio pode gerar uma interferência significativa na imagem corporal do paciente, além de afetar a sua capacidade de interagir socialmente.

Por fim, os domínios de controle intestinal e controle urinário são determinantes na avaliação da autonomia funcional do paciente, uma vez que a perda de controle dessas funções vitais representa uma das formas mais evidentes de dependência em contextos de saúde física e mental. A capacidade de controlar essas funções fisiológicas sem assistência é um indicador crucial da manutenção da qualidade de vida e da dignidade do paciente.

Em termos de pontuação, a Escala de Barthel atribui valores numéricos para cada uma dessas atividades, de forma a estabelecer uma classificação que varia entre 1- independência total, 2 – necessidade de alguma ajuda e 3- dependência plena. A média das pontuações desses critérios, em conjunto, proporciona uma visão holística e detalhada do grau de funcionalidade do paciente, o que possibilita aos profissionais de saúde um planejamento mais preciso e adequado das intervenções terapêuticas e de cuidados contínuos, além de fornecer dados essenciais para o monitoramento da progressão ou regressão do estado funcional do indivíduo ao longo do tempo.

O valor da consistência interna nestes 10 itens foi de $\alpha = .917$, e na média das respostas aos 10 itens obteve-se $M = 2.00$ e $DP = .65$. O resumo dos valores da consistência interna em cada uma das escalas, bem como a média e desvio-padrão das medidas resultantes da média das respostas dos participantes nos vários domínios (medidas compósitas) podem ser observadas na Tabela 3.

Resumo dos valores da consistência interna das escalas

Com o intuito de garantir a robustez metodológica do presente estudo, procedeu-se à análise da consistência interna das escalas e subescalas utilizadas, por meio do coeficiente alfa de Cronbach (α). A Tabela 3 apresenta os valores de α , bem como o número de itens, a média (M) e o desvio-padrão (DP) para cada dimensão avaliada.

A escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) apresentou coeficientes de consistência interna que variaram entre $\alpha = .798$ (para a percepção geral da qualidade de vida e saúde) e $\alpha = .902$ (para o domínio psicológico). Os restantes domínios também evidenciaram fiabilidades elevadas: físico ($\alpha = .861$), meio ambiente ($\alpha = .864$) e relações sociais ($\alpha = .837$), o que atesta a solidez das suas propriedades psicométricas nesta amostra.

A Escala de Sobrecarga de Zarit, composta por 16 itens, revelou uma excelente consistência interna ($\alpha = .906$), demonstrando elevada fiabilidade na avaliação da percepção subjetiva de sobrecarga dos cuidadores informais.

No que respeita à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), observaram-se coeficientes igualmente elevados nas subescalas de satisfação com amigos ($\alpha = .930$), família ($\alpha = .830$) e atividades sociais ($\alpha = .729$). A subescala de intimidade, contudo, apresentou um coeficiente mais modesto ($\alpha = .677$), embora ainda aceitável para estudos exploratórios.

Quanto ao Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), todos os domínios, exceto o de apoios sociais e de saúde ($\alpha = .630$), apresentaram valores de α superiores a .85, destacando-se as subescalas de reações ao cuidar ($\alpha = .894$), consequências do cuidar ($\alpha = .882$) e implicações familiares e pessoais ($\alpha = .874$), evidenciando uma elevada fiabilidade.

Por fim, o Índice de Barthel, utilizado para avaliar a funcionalidade da pessoa cuidada, apresentou uma excelente consistência interna ($\alpha = .917$), reforçando a adequação da sua aplicação neste estudo.

Em suma, os dados obtidos revelam que os instrumentos utilizados apresentam, na sua maioria, uma fiabilidade interna satisfatória, reforçando a validade das análises estatísticas subsequentes. A amostra total considerada foi composta por 54 participantes ($N = 54$).

Tabela 3.*Consistência interna das escalas e respetiva média (M) e desvio-padrão (DP)*

Escalas	Domínios	α	Nº de itens	M	DP
Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)	Perceção da qualidade de vida e saúde	.798	2	2.87	.94
	Psicológico	.902	6	3.22	.95
	Físico	.861	7	3.02	.82
	Meio Ambiente	.864	8	3.15	.81
	Relações Sociais	.837	3	2.89	1.03
Zarit		.906	16	2.99	.81
Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	Satisfação com Amigos	.930	4	2.92	1.31
	Intimidade	.677	4	2.82	.98
	Satisfação com a família	.830	3	3.08	1.07
	Atividades Sociais	.729	3	3.45	1.08
	Implicações Familiares e Pessoais	.874	7	2.93	.77
	Relações Familiares	.855	5	2.41	.92
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)	Reações ao cuidar	.894	7	2.83	.85
	Consequências do Cuidar	.882	7	2.59	.81
	Apoios Sociais e de Saúde	.630	4	2.79	.78
Barthel		.917	10	1.99	.66

Nota. $N = 54$

Procedimentos

Procedimentos de Recolha de Dados

Para garantir uma amostra representativa, recorreu-se à divulgação digital, utilizando amplamente plataformas de redes sociais, grupos de apoio online e instituições dedicadas ao apoio de cuidadores informais. Dessa forma, o recrutamento foi amplamente disseminado, assegurando que a amostra final refletisse uma diversidade de contextos e realidades enfrentadas pelos cuidadores, independentemente da sua localização geográfica.

A recolha de dados foi conduzida por meio da aplicação de um questionário online, uma escolha estratégica que visou maximizar a praticidade, acessibilidade e comodidade para os participantes, enquanto garantiu a obtenção eficiente e eficaz dos dados necessários. Esta abordagem digital proporcionou uma flexibilidade significativa, permitindo que os cuidadores, frequentemente sobrecarregados com exigências temporais e logísticas no seu

cotidiano, participassem com maior facilidade e sem restrições de horário ou local. Sendo que foram ainda tidos em conta os procedimentos éticos para a investigação em Psicologia.

Assim, foram os instrumentos submetidos à Comissão de Ética da Universidade Lusíada.

O processo de recolha foi conduzido de forma online através da plataforma Google Forms o estudo priorizou a clareza e a transparência na comunicação com os participantes, garantindo uma compreensão plena dos objetivos e procedimentos da investigação. Para assegurar a adesão voluntária e consciente dos participantes, foi oferecida uma explicação detalhada sobre o estudo, seus objetivos e a metodologia empregada, de forma que cada participante pudesse tomar uma decisão informada sobre a sua participação.

A confidencialidade dos dados foi assegurada em todas as etapas da pesquisa, sendo garantido que as informações pessoais seriam tratadas de maneira segura, anônima e exclusiva para fins de pesquisa acadêmica. Além disso, foi obtido o consentimento informado por escrito tanto dos cuidadores informais quanto dos idosos sob sua responsabilidade, formalizando a participação no estudo e a aceitação das condições estabelecidas.

Procedimentos de Análise de Dados

Os dados obtidos foram tratados e analisados com o suporte do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29.0. Foram realizadas estatísticas descritivas, valor mínimo, máximo, média e do desvio-padrão no caso de as variáveis serem quantitativas e tabelas de frequências para descrever as variáveis qualitativas.

A análise da consistência interna dos vários instrumentos de medida, por domínio, foi realizada através do coeficiente alpha de Cronbach. Nos domínios dos instrumentos em que o alpha de Cronbach foi validado, ou seja, quando o valor da consistência interna for superior a .60, recorreu-se à construção de uma medida compósita, que resulta da média das respostas de cada participante nos vários itens desse domínio, medidos numa escala quantitativa e à sua descrição a partir do valor da média e desvio-padrão.

A análise da normalidade da distribuição dos valores das medidas compósitas dos instrumentos, por domínio, foi realizada a partir do teste de Shapiro-Wilk (indicado para amostras com dimensão <100 participantes). Admitiu-se a existência de normalidade se o valor-p for superior a 1%, isto é a fuga à normalidade não é muito acentuada, o que permite a utilização de testes paramétricos, visto estes serem bastante robustos para pequenos desvios da normalidade.

No estudo da associação entre os domínios dos vários instrumentos e as variáveis sociodemográficas com escala de medição dicotómica, ordinal ou quantitativa foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, atendendo ao facto de algumas distribuições não apresentarem distribuição normal e também algumas das variáveis sociodemográficas serem ordinais.

Para analisar as relações entre os domínios avaliados pelos instrumentos e as variáveis nominais com três ou mais categorias, a metodologia adequada consiste em comparar as médias da variável quantitativa entre os grupos definidos pela variável categórica. A escolha entre o teste paramétrico ANOVA ou o não paramétrico Kruskal-Wallis depende da verificação prévia de normalidade da variável quantitativa nas categorias da variável nominal.

Utiliza-se a ANOVA se os dados verificarem simultaneamente a existência de normalidade em todas as categorias da variável nominal e a homogeneidade das variâncias ou opta-se pelo teste de Kruskal-Wallis quando a normalidade não é atendida, em pelo menos uma categoria da variável nominal ou não exista homogeneidade das variâncias. Ambos os testes permitem identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos, mas diferem nos pressupostos e na robustez a distribuições não normais. Quando se registaram diferenças significativas entre as médias recorreu-se às comparações múltiplas pelo método de Tuckey, no caso ANOVA e pelo método pairwise no teste de Kruskal-Wallis.

Todos os testes foram conduzidos com um nível de significância de 5%. No entanto, para identificar desvios acentuados à normalidade das distribuições, foi adotado um nível de significância de 1%.

Resultados

Este capítulo é dedicado aos resultados subsequentes das análises estatísticas com vista a responder aos objetivos propostos.

Avaliação do nível de funcionalidade dos recetores

A análise do nível de dependência dos recetores de cuidados revela uma realidade multifacetada e heterogênea, refletindo a complexidade das diversas necessidades de suporte nos cuidados diários. De forma global, observa-se que os recetores apresentam um espectro variado de independência e dependência nas atividades da vida diária (AVDs), com um número considerável de pessoas necessitando de auxílio significativo em várias áreas essenciais, embora um segmento também demonstre um grau de autonomia em algumas tarefas.

Na Tabela 4 e na Figura 2 encontra-se a caracterização por item do grau de dependência dos recetores de cuidados.

Na alimentação, a dependência é observada em 40.7% dos recetores, que precisam de assistência total para a realização dessa atividade fundamental. Esse número sugere que uma parte substancial dos indivíduos não possui autonomia para realizar refeições de forma independente, implicando em uma alta demanda por cuidados em um dos aspetos mais basilares da sobrevivência. Além disso, 29.6% dos participantes apresentam alguma necessidade de ajuda, evidenciando uma dependência parcial para a alimentação, enquanto os restantes 29.6% são totalmente independentes. Este dado destaca a importância do acompanhamento nutricional e da assistência direta durante as refeições, especialmente para aqueles que estão na categoria de dependência total.

No que diz respeito às transferências, um aspeto crucial para a mobilidade e autonomia física, 38.9% dos recetores são classificados como independentes, conseguindo realizar as transferências (por exemplo, de uma cadeira para a cama ou do sofá para a

cadeira) sem qualquer ajuda. No entanto, um percentual considerável, 24.1%, encontra-se em situação de total dependência, não conseguindo manter o equilíbrio sentado, o que exige apoio contínuo para esse tipo de movimento. Mas, 16.7% dos recetores necessitam de alguma assistência para as transferências, contudo são capazes de realizar as tarefas de forma parcial.

O restante, 20.4%, apresenta alguma autonomia para se transferir, mas com a necessidade de um auxílio leve ou circunstancial, como suporte para ajustar o equilíbrio ou melhorar a postura durante o movimento.

Na higiene pessoal, um dos cuidados mais íntimos e fundamentais para a manutenção da dignidade do indivíduo, observa-se um elevado grau de dependência. Cerca de 74.1% dos recetores necessitam de ajuda para as atividades relacionadas com higiene pessoal, como tomar banho, escovar os dentes e lavar o rosto, refletindo a complexidade dos cuidados envolvidos. Apenas 25.9% dos recetores apresentam independência para atividades básicas de higiene, como lavar a cara, fazer a barba e escovar os dentes, o que demonstra que a autonomia em cuidados pessoais é significativamente comprometida em grande parte da amostra.

A utilização do WC revela um cenário igualmente diversificado, com 42.6% dos recetores completamente dependentes para realizar essa tarefa. Outros 24.1% necessitam de alguma ajuda, mas podem realizar parcialmente as atividades, como se instalar ou se retirar, enquanto 33.3% dos participantes são totalmente independentes, conseguindo todas as etapas do processo, desde o uso do WC até a higiene subsequente, sem qualquer auxílio. Essa variação evidencia a heterogeneidade nas necessidades de assistência para tarefas de autocuidado e sugere que os recetores de cuidados apresentam diferentes graus de capacidade para gerenciar as funções corporais mais elementares.

Em relação ao banho, um aspeto fundamental para a higiene e o conforto, 64.8% dos recetores exigem ajuda para tomar banho, seja por incapacidade total ou parcial, refletindo

um nível significativo de dependência. Apenas 25.9% dos recetores têm autonomia para realizar o banho de forma independente, o que indica que as necessidades de cuidado com o banho são particularmente prevalentes entre os participantes da amostra. Um pequeno percentual de 9.3% enquadra-se na categoria de “outro”, sugerindo que talvez haja formas alternativas de realizar a higiene, como uso de dispositivos assistivos ou adaptações.

No que concerne à mobilidade, a análise revela uma realidade diversificada. Cerca de 18.5% dos recetores são classificados como imóveis, não conseguindo caminhar qualquer distância sem ajuda. No entanto, 29.6% são capazes de caminhar até 50 metros sem apoio, o que pode ser interpretado como uma forma de autonomia funcional, embora limitada. Além disso, 31.5% dos recetores necessitam de ajuda para percorrer distâncias menores que 50 metros, mas são capazes de realizar essa tarefa com pouca assistência, o que sugere alguma capacidade residual de mobilidade. Por fim, 20.4% dos recetores utilizam cadeira de rodas para se deslocar, podendo percorrer distâncias de pelo menos 50 metros com alguma eficiência, apesar de dependerem de dispositivos assistivos para tal.

No contexto de subir e descer escadas, 31.5% dos recetores são completamente incapazes de realizar essa atividade, o que implica uma dependência total em relação ao auxílio de um cuidador para a mobilização entre andares. Outros 38.9% dos recetores necessitam de ajuda para essa tarefa, mas são capazes de realizar o movimento com suporte, seja com um cuidador ou com a utilização de dispositivos assistivos. Apenas 29.6% são completamente independentes, sendo capazes de realizar os movimentos de subida e descida das escadas, com ou sem o uso de ajudas técnicas, o que sugere uma mobilidade relativamente preservada entre essa parcela da amostra.

O vestir também se apresenta como uma atividade de vida diária em que 44.4% dos recetores são dependentes e necessitam de ajuda para colocar roupas, incluindo atividades complexas como lidar com botões, fechos ou atacadores. Por outro lado, 25.9% dos recetores

conseguem realizar a tarefa de vestir-se com alguma ajuda, mas ainda demonstram certo grau de autonomia. Somente 29.6% dos recetores são totalmente independentes para se vestir, o que aponta para a prevalência de desafios relacionados à vestimenta, especialmente nas atividades que envolvem maior complexidade motora. Em relação ao controle intestinal, 46.3% dos recetores têm controle completo, sem episódios de incontinência, e são capazes de gerir sua função intestinal sem auxílio, recorrendo eventualmente a supositórios ou similares.

No entanto, 25.9% dos recetores apresentam incontinência ou necessitam de uso de clisteres, e 27.8% têm acidentes ocasionais, até uma vez por semana, evidenciando um impacto considerável da função intestinal nas suas rotinas diárias. Finalmente, o controle urinário demonstra uma configuração similar, com 37.0% dos recetores mantendo controle total, sendo capazes de manusear algalias ou controlar a micção, mesmo quando necessitam de algum tipo de dispositivo assistido. Contudo, 29.6% dos recetores apresentam incontinência urinária ou têm dificuldades em manusear a algália de forma independente, o que aumenta a carga de cuidado necessária.

Outros 33.3% têm acidentes ocasionais, o que indica uma gestão parcial do controle urinário. Os recetores de cuidados demonstram uma diversidade de necessidades, com a maioria apresentando algum grau de dependência em múltiplas áreas da vida diária. Embora uma proporção de recetores seja relativamente independente em algumas tarefas, a dependência é particularmente prevalente em atividades de autocuidado e mobilidade, exigindo a presença constante de cuidadores e a utilização de estratégias de suporte assistido. A análise dessas dimensões é crucial para o desenvolvimento de intervenções mais adequadas e eficazes que visem melhorar a qualidade de vida dos recetores e reduzir a carga imposta aos cuidadores.

Descrição da Dependência dos Recetores nas Atividades Diárias

Tabela 4.

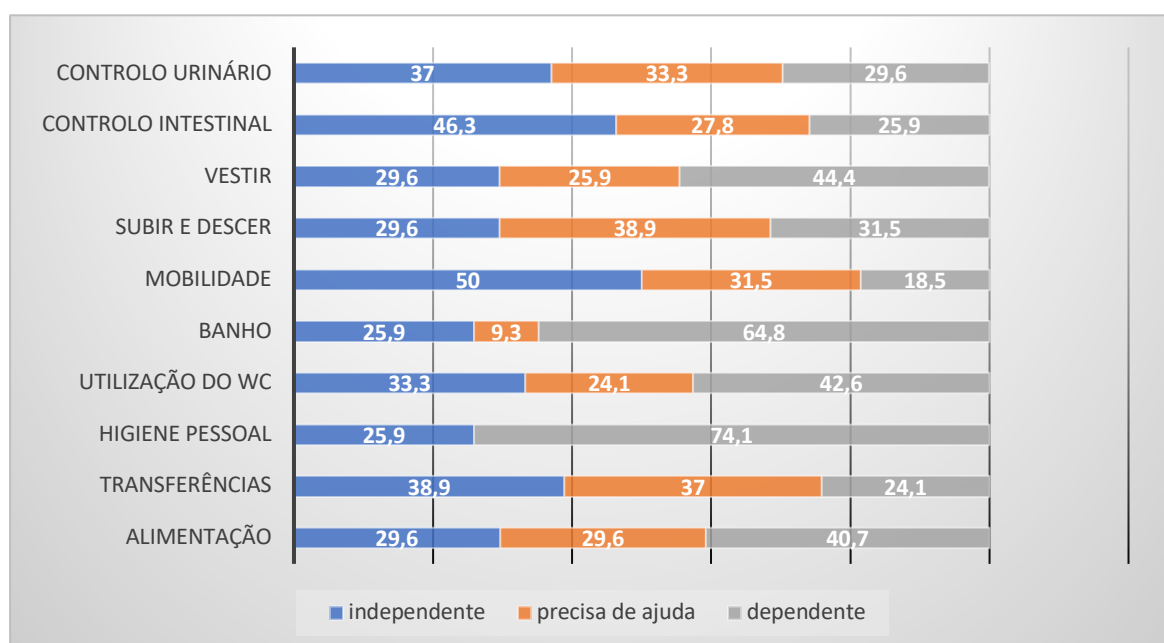
Caracterização da dependência dos recetores de cuidados nas atividades diárias

<i>Itens</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Alimentação	Independente	16	29,6
	Precisa de ajuda	16	29,6
	Dependente	22	40,7
Transferências	Independente	21	38,9
	Precisa de alguma ajuda	9	16,7
	Precisa de ajuda de outra pessoa	11	20,4
	Dependente	13	24,1
Higiene Pessoal	Independente	14	25,9
	Dependente	40	74,1
	Independente	18	33,3
Utilização do WC	Precisa de ajuda	13	24,1
	Dependente	23	42,6
Banho	Independente	14	25,9
	Dependente	35	64,8
	Outro	5	9,3
Mobilidade	Caminha até 50 m, sem ajuda	16	29,6
	Caminha menos de 50 m com pouca ajuda	17	31,5
	Independente em cadeira de rodas	11	20,4
	Imóvel	10	18,5
	Independente	16	29,6
Subir/descer escadas	Precisa de ajuda	21	38,9
	Incapaz	17	31,5
	Independente	16	29,6
Vestir	Precisa de ajuda	14	25,9
	Dependente	24	44,4
	Controla perfeitamente	25	46,3
Controlo intestinal	Acidente ocasional	15	27,8
	Incontinente	14	25,9
	Controla perfeitamente	20	37,0
Controlo urinário	Acidente ocasional	18	33,3
	Incontinente	16	29,6

Nota. N = 54

Figura 2.

Caracterização da dependência dos recetores de cuidados nas atividades diárias



Avaliação da relação entre variáveis sociodemográficas e fatores individuais, contextuais e estruturais na sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais

Com o objetivo de identificar possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas quantitativas — idade e idade da pessoa cuidada — e as variáveis dependentes correspondentes aos diferentes indicadores de bem-estar e sobrecarga analisados, foi inicialmente avaliada a normalidade dos dados. Considerando que a amostra possui menos de 100 participantes, recorreu-se ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk, a fim de determinar se seria mais apropriado utilizar o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman na análise das associações.

Observando o Anexo 2, a escala de satisfação com o Suporte Social, nos domínios satisfação com os amigos, satisfação com as atividades sociais, bem como no Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador, nos domínios implicações familiares e pessoais, relações familiares e reações ao cuidar e ainda a escala de Barthel apresentam uma grande

fuga à normalidade ($p < 0,001$), pelo que foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar as associações entre as variáveis de interesse acima mencionadas.

A análise das correlações não revelou a existência de associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas quantitativas e os diferentes indicadores de bem-estar e sobrecarga avaliados. Apenas se verificou que quanto mais avançada for a idade do familiar cuidado, melhor é o estado emocional e mental do cuidador ($r = .278$, $p = 0.046$).

Posteriormente procedeu-se às comparações dos instrumentos nas categorias das variáveis sociodemográficas qualitativas. Os resultados das comparações nos diferentes domínios, de acordo com o estado civil, estão disponíveis na Tabela 5 para os casos em que foi utilizado o teste ANOVA, na Tabela 6 quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, e no Anexo 3, nas Tabelas 1, 2 e 3.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na Qualidade de Vida, em qualquer dos seus domínios, bem como na escala de Sobrecarga por estado civil. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no instrumento Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, nos domínios implicações familiares e pessoais, relações familiares, reações ao cuidar e apoios sociais e saúde.

⇒ No âmbito das implicações familiares e pessoais, identificaram-se diferenças estatisticamente relevantes entre o estado civil do cuidador ($p = .001$): Solteiros(as) ($M = 3.30$; $DP = .48$) vs. União de facto ($M = 1.89$, $DP = 0.91$), com $p < .001$ e entre União de facto vs. Divorciados(as)/Separados(as)/Viúvos(as) ($M = 3.11$, $DP = .58$), com $p = .005$.

⇒ Nas relações familiares também foram identificadas diferenças estatisticamente relevantes ($p = .030$) entre os Divorciados(as)/Separados(as)/Viúvos(as) ($M = 2.90$, $DP = .75$) e os que vivem em União de facto ($M = 1.68$, $DP = 0.82$), $p = .041$.

⇒ Nas reações ao cuidar ($p = 0.032$) registaram-se diferenças significativas entre os Solteiros(as) ($M = 3.10$, $DP = .69$) e União de facto ($M = 1.89$, $DP = .81$) e $p = .025$.

⇒ Nos apoios sociais e saúde ($p = .012$) também se assinalaram diferenças significativas entre a União de facto ($M = 1.95$, $DP = 1.02$) e os Solteiros(as) ($M = 2.95$, $DP = .61$), $p = .046$ e entre a União de facto e os Divorciados(as), Separados(as) ou Viúvos(as) ($M = 3.11$, $DP = .72$), $p = .014$.

Comparação dos instrumentos por estado civil

Tabela 5.

Comparação dos vários instrumentos por estado civil (teste ANOVA)

Escala de Qualidade de Vida					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (3,50)
Qualidade de vida e satisfação com a saúde geral	Solteiro(a)	15	3.03	.90	.589
	União de facto	5	2.80	.91	
	Casado(a)	18	2.97	1.04	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.63	.89	
Psicológico	Solteiro(a)	15	3.30	.98	.765
	União de facto	5	3.27	.90	
	Casado(a)	18	3.41	1.04	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.93	.88	
Físico	Solteiro(a)	15	3.10	.63	1.239
	União de facto	5	3.14	1.27	
	Casado(a)	18	3.21	.75	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.70	.88	
Relações sociais	Solteiro(a)	15	3.20	.89	2.134
	União de facto	5	3.40	.98	
	Casado(a)	18	2.91	1.00	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.42	1.08	
Escala de Sobrecarga					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (3,50)
	Solteiro(a)	15	2.93	.55	1,895
	União de facto	5	2.26	1.00	
	Casado(a)	18	3.04	.98	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	3.21	.68	
Escala de Satisfação com o Suporte Social					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (3,50)
Satisfação com os amigos	Solteiro(a)	15	3.00	1.43	1.784
	União de facto	5	3.75	1.22	
	Casado(a)	18	3.10	1.31	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.38	1.11	
Intimidade	Solteiro(a)	15	2.72	.91	2.320
	União de facto	5	3.50	.98	
	Casado(a)	18	3.08	1.03	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.42	.87	
	Solteiro(a)	15	3.02	1.35	
	União de facto	5	4.00	1.41	

Comparação dos vários instrumentos por estado civil (teste ANOVA)

Satisfação com a família	Casado(a)	18	3.09	.96	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.83	.63	
Satisfação atividades sociais	Solteiro(a)	15	3.33	1.15	
	União de facto	5	2.87	1.52	
	Casado(a)	18	3.46	.86	.903
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	3.73	1.08	
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
Implicações familiares e pessoais	Solteiro(a)	15	3.30	.48	
	União de facto	5	1.89	.91	
	Casado(a)	18	2.75	.81	6.296**
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	3.11	.58	
Relações familiares	Solteiro(a)	15	2.37	.91	
	União de facto	5	1.68	.82	
	Casado(a)	18	2.20	.94	3.234*
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.90	.75	
Reações ao cuidar	Solteiro(a)	15	3.10	.69	
	União de facto	5	1.89	.81	
	Casado(a)	18	2.73	.96	3.163*
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.98	.70	
Consequências do cuidar	Solteiro(a)	15	2.58	.76	
	União de facto	5	1.94	.88	
	Casado(a)	18	2.52	.93	1.830
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.87	.62	
Apoios sociais e saúde	Solteiro(a)	15	2.95	.61	
	União de facto	5	1.95	1.02	
	Casado(a)	18	2.60	.71	4.007*
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	3.11	.72	
Escala de Barthel					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
	Solteiro(a)	15	2.15	.66	
	União de facto	5	2.02	.55	
	Casado(a)	18	1.91	.57	.393
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	1.95	.79	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Tabela 6

Comparação dos vários instrumentos por estado civil (teste Kruskal-Wallis)

Escala de Qualidade de Vida					
	Categorias de estado civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(3)</i>
Meio ambiente	Solteiro(a)	15	3.20	.80	
	União de facto	5	3.00	.88	
	Casado(a)	18	3.29	.87	1.905
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	16	2.98	.76	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Os resultados das comparações nos diferentes domínios, de acordo com a situação profissional, estão disponíveis na Tabela 7 para os casos em que foi utilizado o teste ANOVA, na Tabela 8 quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, e no Anexo 4, Tabelas 1, 2 e 3. Existindo apenas um reformado na atividade profissional ativa, e por isso sendo impraticável realizar o teste à normalidade, a variável situação profissional foi recodificada, englobando este cuidador no grupo dos Ativos(as).

No domínio Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador – apoios sociais e saúde não se verificou a normalidade dos valores, e no instrumento BARTHEL não se verificou a homogeneidade de variâncias a um nível de significância de 5%, pelo que se utilizou o teste de Kruskal-Wallis para realizar a comparação entre categorias em ambos os casos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas no instrumento Qualidade de Vida, no domínio qualidade de vida e satisfação com a saúde geral ($p = .036$), registando-se ligeiras diferenças na qualidade de vida ($p = .066$) entre os ativos(as) ($M = 3.12$, $DP = .85$) e os desempregados(as) ($M = 2.41$, $DP = 1.04$).

Os resultados das comparações nos diferentes domínios, de acordo com a região de residência do cuidador, estão disponíveis na Tabela 9 para os casos em que foi utilizado o teste ANOVA, na Tabela 10 quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, e no Anexo 5, Tabelas 1, 2 e 3.

Comparação dos instrumentos por situação profissional

Tabela 7

Comparação dos vários instrumentos por situação profissional (teste ANOVA)

Comparação dos vários instrumentos por situação profissional (teste ANOVA)

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias da situação profissional	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Qualidade de vida e satisfação com a saúde geral	Ativos(as)	34	3.12	.85	3.565*
	Desempregado(a)	11	2.41	1.04	
	Reformado(a)	9	2.50	.83	
Psicológico	Ativos(as)	34	3.26	.98	.134
	Desempregado(a)	11	3.09	1.09	
	Reformado(a)	9	3.22	.73	
Físico	Ativos(as)	34	3.11	.81	.657
	Desempregado(a)	11	2.81	.82	
	Reformado(a)	9	2.92	.88	
Meio ambiente	Ativos(as)	34	3.22	.77	.640
	Desempregado(a)	11	3.14	1.04	
	Reformado(a)	9	2.88	.68	
Relações sociais	Ativos(as)	34	3.08	.95	2.235
	Desempregado(a)	11	2.79	.95	
	Reformado(a)	9	2.30	1.25	

Escala de Sobrecarga

	Categorias da situação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
	Ativos(as)	34	2.89	.76	.643
	Desempregado(a)	11	3.17	.97	
	Reformado(a)	9	3.13	.83	

Escala de Satisfação com o Suporte Social

	Categorias da situação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Satisfação com os amigos	Ativos(as)	34	3.01	1.25	1.488
	Desempregado(a)	11	3.18	1.50	
	Reformado(a)	9	2.25	1.23	
Intimidade	Ativos(as)	34	2.88	.93	.316
	Desempregado(a)	11	2.86	1.06	
	Reformado(a)	9	2.58	1.17	
Satisfação com a família	Ativos(as)	34	2.97	1.08	.649
	Desempregado(a)	11	3.39	1.24	
	Reformado(a)	9	3.11	.80	
Satisfação atividades sociais	Ativos(as)	34	3.30	1.02	.856
	Desempregado(a)	11	3.73	1.28	
	Reformado(a)	9	3.67	1.05	

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

	Categorias da situação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Implicações familiares e pessoais	Ativos(as)	34	2.89	.72	.256
	Desempregado(a)	11	3.08	.87	
	Reformado(a)	9	2.89	.86	

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

	Categorias da situação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Relações familiares	Ativos(as)	34	2.35	.96	.577
	Desempregado(a)	11	2.35	.95	
	Reformado(a)	9	2.71	.77	
Reações ao cuidar	Ativos(as)	34	2.76	.88	.536

Comparação dos vários instrumentos por situação profissional (teste ANOVA)

Consequências do cuidar	Desempregado(a)	11	3.06	.94	.805
	Reformado(a)	9	2.83	.67	
	Ativos(as)	34	2.49	.81	
	Desempregado(a)	11	2.83	.89	
	Reformado(a)	9	2.68	.72	

Nota. $N = 54$

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabela 8

Comparação dos vários instrumentos por situação profissional (teste Kruskal-Wallis)

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

	Categorias da situação	n	M	DP	$c^2(2)$
Apoios sociais e saúde	Ativos(as)	34	2.74	.75	1.182
	Desempregado(a)	11	2.82	.90	
	Reformado(a)	9	2.92	.78	

Escala de Barthel

	Categorias da situação	n	M	DP	$c^2(2)$
	Ativos(as)	34	1.89	.66	3.151 ^b (0.207)
	Desempregado(a)	11	2.34	.43	
	Reformado(a)	9	1.98	.79	

Nota. $N = 54$

* $p < .05$, ** $p < .01$

A região do Alentejo apenas possui dois cuidadores, pelo que é inviável realizar o teste à normalidade. Assim a variável região foi recodificada, unindo o Alentejo com a região Lisboa e Vale do Tejo, sendo designada por Lisboa, Vale do Tejo e Sul.

No domínio da Escala de satisfação com o Suporte Social – satisfação com as atividades sociais não se verificou a normalidade dos valores, e no domínio do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador – consequências do cuidar não se encontrou homogeneidade de variâncias a um nível de significância de 5%, pelo que se utilizou o teste de Kruskal-Wallis para realizar a comparação entre categorias em ambos os casos.

Verificaram-se diferenças na escala de Qualidade de vida no domínio Físico ($p = .010$). Realizadas as comparações a posteriori no domínio Físico verificaram-se diferenças estatisticamente muito significativas ($p = .009$) entre a região Centro ($M = 2.46$, $DP = 0.67$) e Lisboa, Vale do Tejo e Sul ($M = 3.21$, $DP = 0.81$).

Comparação dos instrumentos por região

Tabela 9

Comparação dos vários instrumentos por região (teste ANOVA)

Escala de Qualidade de Vida					
	Categorias da região	n	M	DP	<i>F</i> (2,51)
Qualidade de vida e satisfação com a saúde geral	Norte	5	3.10	.74	1.877
	Centro	14	2.46	.77	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.00	.99	
Psicológico	Norte	5	3.50	1.07	1.783
	Centro	14	2.82	.80	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.34	.97	
Físico	Norte	5	3.26	.59	5.098*
	Centro	14	2.46	.67	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.21	.81	
Relações sociais	Norte	5	3.13	.87	2.713
	Centro	14	2.36	1.01	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.07	1.00	
Escala de Sobrecarga					
	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
	Norte	5	2.60	.26	.654
	Centro	14	2.99	.85	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.05	.85	
Escala de Satisfação com o Suporte Social					
	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Satisfação com os amigos	Norte	5	3.10	1.24	2.735
	Centro	14	2.23	1.26	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.16	1.28	
Escala de Satisfação com o Suporte Social					
	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Intimidade	Norte	5	3.10	1.18	1.483
	Centro	14	2.45	.95	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.94	.96	
Satisfação com a família	Norte	5	3.47	.99	1.031
	Centro	14	2.76	1.01	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.15	1.10	
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Implicações familiares e pessoais	Norte	5	2.51	.59	2.153
	Centro	14	3.24	.50	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.86	.84	
Relações familiares	Norte	5	1.92	.54	1.057
	Centro	14	2.61	1.09	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.39	.89	
Reações ao cuidar	Norte	5	2.37	.75	1.003
	Centro	14	3.00	.89	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.83	.85	

Comparação dos vários instrumentos por região (teste ANOVA)

Apoios sociais e saúde	Norte	5	2.40	.80	.912
	Centro	14	2.95	.45	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.78	.87	
Escala de Barthel					
	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,51)</i>
	Norte	5	2.12	.86	0.342
	Centro	14	1.88	.79	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.03	.58	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Tabela 10.

Comparação dos vários instrumentos por região (teste Kruskal-Wallis)

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Meio ambiente	Norte	5	3.85	1.04	2.248
	Centro	14	3.01	.54	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.10	.84	

Escala de Satisfação com o Suporte Social

	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Satisfação atividades sociais	Norte	5	3.47	.99	4.001
	Centro	14	2.76	1.01	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	3.15	1.10	

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

	Categorias da região	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Consequências do cuidar	Norte	5	2.37	.16	1.879
	Centro	14	2.83	.73	
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	35	2.53	.89	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Na comparação das médias nos vários domínios por tipo de habitação do cuidador, os resultados podem ser consultados na Tabela 11 para os casos em que foi utilizado o teste ANOVA, na Tabela 12 quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e Anexo 6 nas Tabelas 1 e 2. Os cuidadores que vivem na casa dos pais são apenas dois, pelo que foram unidos com os que não habitam em casa própria ou alugada, para ser viável executar o teste de normalidade.

Não se verifica a normalidade da distribuição de valores no domínio qualidade de vida e satisfação com a saúde geral, no domínio da escala da Escala de satisfação com o Suporte

Social, satisfação com as atividades sociais, no Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador nos domínios implicações familiares e pessoais e consequências do cuidar e no instrumento Barthel. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de habitação dos cuidadores relativamente aos domínios analisados.

Comparação dos instrumentos por tipo de habitação

Tabela 11.

Comparação dos instrumentos por tipo de habitação (teste ANOVA)

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Psicológico	Casa própria	39	3.18	1.00	.190
	Casa alugada	10	3.38	.98	
	Outra	5	3.27	.53	

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Físico	Casa própria	39	2.98	.85	.263
	Casa alugada	10	3.06	.84	
	Outra	5	3.26	.55	
Meio ambiente	Casa própria	39	3.11	.81	2.353
	Casa alugada	10	3.54	.86	
	Outra	5	2.63	.25	
Relações sociais	Casa própria	39	2.99	1.02	2.936
	Casa alugada	10	3.00	.87	
	Outra	5	1.87	.96	

Escala de Sobrecarga

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
	Casa própria	39	3.05	.81	.874
	Casa alugada	10	2.69	.93	
	Outra	5	3.14	.46	

Escala de Satisfação o Suporte Social

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2,51)
Satisfação com os amigos	Casa própria	39	3.07	1.33	2.763
	Casa alugada	10	2.95	1.18	
	Outra	5	1.65	.78	
Intimidade	Casa própria	39	2.81	.98	2.784
	Casa alugada	10	3.28	.92	
	Outra	5	2.05	.67	
Satisfação com a família	Casa própria	39	3.18	1.12	.604
	Casa alugada	10	2.80	1.03	
	Outra	5	2.87	.69	

Comparação dos instrumentos por tipo de habitação (teste ANOVA)

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,51)</i>
Relações familiares	Casa própria	39	2.41	.93	1.406
	Casa alugada	10	2.12	.94	
	Outra	5	2.96	.73	
Reações ao cuidar	Casa própria	39	2.83	.89	.471
	Casa alugada	10	2.69	.87	
	Outra	5	3.14	.35	

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,51)</i>
Apoios sociais e saúde	Casa própria	39	2.72	.81	2.085
	Casa alugada	10	2.73	.68	
	Outra	5	3.45	.33	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Tabela 12.

Comparação dos instrumentos por tipo de habitação (teste Kruskal-Wallis)

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Qualidade de vida e satisfação com a saúde geral	Casa própria	39	2.83	.99	.868
	Casa alugada	10	3.05	.93	
	Outra	5	2.80	.45	

Escala de Satisfação o Suporte Social

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Satisfação atividades sociais	Casa própria	39	3.47	1.01	3.895
	Casa alugada	10	3.00	1.34	
	Outra	5	4.20	.56	

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
Implicações familiares e	Casa própria	39	2.89	.82	1.139
	Casa alugada	10	2.91	.58	
	Outra	5	3.23	.66	
Consequências do cuidar	Casa própria	39	2.60	.86	1.845
	Casa alugada	10	2.36	.79	
	Outra	5	2.97	.31	

Escala de Barthel

	Categorias do tipo de habitação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>c²(2)</i>
	Casa própria	39	2.01	.69	.691
	Casa alugada	10	2.08	.49	
	Outra	5	1.74	.72	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Para comparar as médias, nos vários domínios, por motivo da dependência do paciente utilizou-se um procedimento idêntico aos anteriores e os resultados podem ser consultados na Tabela 13 para os casos em que foi utilizado o teste ANOVA, na Tabela 14 quando foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e Anexo 7 nas Tabelas 1, 2 e 3.

Em todos os domínios se verificou a normalidade do conjunto de valores exceto no instrumento Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador no domínio implicações familiares e pessoais. Foram registadas diferenças estatisticamente significativas no instrumento Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, no domínio reações ao cuidar ($p = .044$), entre os dependentes por demência ($M = 3.60$, $DP = .35$) e os dependentes com velhice ($M = 2.50$, $DP = .72$) ($p = .030$).

Comparação dos instrumentos por motivo da dependência

Tabela 13.

Comparação dos instrumentos por motivo da dependência (teste ANOVA)

Escala de Qualidade de Vida

	Categorias do motivo de dependência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (3,50)
Qualidade de vida e satisfação com a saúde geral	Velhice	18	3.33	.77	2.639
	Doença	19	2.55	.88	
	Demência	6	2.58	.74	
	Outros	11	2.82	1.15	
Psicológico	Velhice	18	3.61	.74	1.630
	Doença	19	3.05	.95	
	Demência	6	3.14	.75	
	Outros	11	2.92	1.24	
Físico	Velhice	18	3.37	.74	2.175
	Doença	19	2.74	.78	
	Demência	6	2.76	.82	
	Outros	16	2.70	.88	
Meio ambiente	Velhice	18	3.50	.78	2.056
	Doença	19	3.00	.78	
	Demência	6	2.73	.81	
	Outros	11	3.05	.79	

Comparação dos instrumentos por motivo da dependência (teste ANOVA)

Relações Sociais	Velhice	18	3.20	.86	.857
	Doença	19	2.70	.97	
	Demência	6	2.72	1.02	
	Outros	11	2.79	1.35	
Escala de Sobrecarga					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
	Velhice	18	2.85	.64	.258
	Doença	19	3.07	.87	
	Demência	6	3.07	.70	
	Outros	11	3.03	1.06	
Escala de Satisfação com o Suporte Social					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
Satisfação com os amigos	Velhice	18	3.43	1.15	1.935
	Doença	19	2.88	1.31	
	Demência	6	2.63	1.33	
	Outros	11	2.30	1.41	
Escala de Satisfação com o Suporte Social					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
Intimidade	Velhice	18	3.21	.73	1.561
	Doença	19	2.68	.94	
	Demência	6	2.75	1.17	
	Outros	11	2.48	1.23	
Satisfação com a família	Velhice	18	3.37	1.07	1.753
	Doença	19	2.98	.91	
	Demência	6	2.28	1.08	
	Outros	11	3.21	1.20	
Satisfação atividades sociais	Velhice	18	3.04	1.24	1.407
	Doença	19	3.61	.88	
	Demência	6	3.61	.61	
	Outros	11	3.76	1.20	
Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(3,50)</i>
Relações familiares	Velhice	18	2.30	.95	.283
	Doença	19	2.39	.94	
	Demência	6	2.70	.67	
	Outros	11	2.45	1.04	
Reações ao cuidar	Velhice	18	2.50	.72	2.899*
	Doença	19	2.82	.89	
	Demência	6	3.60	.35	
	Outros	11	2.97	.95	
Consequências do cuidar	Velhice	18	2.44	.84	.376
	Doença	19	2.62	.88	
	Demência	6	2.79	.57	
	Outros	11	2.69	.83	
Apoios sociais e saúde	Velhice	18	2.51	.80	1.279
	Doença	19	2.84	.73	
	Demência	6	3.00	.77	
	Outros	11	3.02	.79	

Comparação dos instrumentos por motivo da dependência (teste ANOVA)

Escala de Barthel					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (3,50)
	Velhice	18	1.80	.64	1.903
	Doença	19	2.08	.67	
	Demência	6	2.48	.37	
	Outros	11	1.91	.68	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Tabela 14.

Comparação dos instrumentos por motivo da dependência (teste Kruskal-Wallis)

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador					
	Categorias do motivo de	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\chi^2(3)$
Implicações familiares e pessoais	Velhice	15	3.30	.48	7.523 ^b
	Doença	5	1.89	.91	
	Demência	18	2.75	.81	
	Outros	16	3.11	.58	

Nota. *N* = 54

p* < .05, *p* < .01

Discussão

Os recetores de cuidados demonstram uma diversidade de necessidades, com a maioria apresentando algum grau de dependência em múltiplas áreas da vida diária. Embora uma proporção de recetores seja relativamente independente em algumas tarefas, a dependência é particularmente prevalente em atividades de autocuidado e mobilidade, exigindo a presença constante de cuidadores e a utilização de estratégias de suporte assistido.

A análise dessas dimensões é crucial para o desenvolvimento de intervenções mais adequadas e eficazes que visem melhorar a qualidade de vida dos recetores e reduzir a carga imposta aos cuidadores.

A análise das dinâmicas entre cuidadores e os seus desafios evidenciou os seguintes resultados: Experiência Prévia, Bem-Estar Psicológico e Apoio: Foi identificada uma relação significativa entre a qualidade de vida psicológica dos cuidadores e a sua experiência prévia nesta função. Cuidadores com menos experiência tendem a apresentar níveis mais baixos de bem-estar mental e emocional (Sousa et al.,2021), enquanto aqueles que já desempenharam este papel anteriormente revelam maior estabilidade psicológica.

Além disso, verificou-se que idades mais avançadas do recetor de cuidados estão associadas a um melhor estado emocional por parte do cuidador. Adicionalmente, a presença de apoio contribui para uma maior satisfação nas relações pessoais dos cuidadores. Em contraste, os cuidadores sem apoio não relatam sentir-se afetados ou irritados pelos comportamentos dos recetores, nem percebem impacto negativo nas suas relações com outros membros da família. Contudo, a falta de apoio intensifica as preocupações quanto ao futuro do familiar, limita o tempo disponível para outras pessoas, aumenta o cansaço e a irritabilidade, e reduz as oportunidades de descanso do cuidador (Abrantes, 2014; Félix, 2008).

Impacto do Estado Civil: Os Solteiros(as) relatam maior sobrecarga devido à falta de tempo pessoal, cansaço físico/mental, culpa e preocupação. Os solteiros(as) evidenciam também uma diminuição da qualidade do sono e uma redução da qualidade de vida, uma vez que a pessoa de quem cuidam requer um elevado grau de assistência, relativamente os restantes estados civis. Divorciados(as)/Separados(as)/Viúvos(as) demonstram maior tensão emocional ligada a mudanças no vínculo com a pessoa cuidada, muitas vezes pela perceção de não serem valorizados. Isso intensifica sentimentos de nervosismo e stress. Todos os grupos não casados enfrentam desafios financeiros mais acentuados e níveis elevados de culpa.

Impacto da Situação profissional: Cuidadores desempregados registam qualidade de vida significativamente inferior à daqueles que estão empregados, particularmente a nível financeiro.

Impacto das Diferenças Regionais: Cuidadores de Lisboa, Vale do Tejo e Sul reportam maior satisfação com a capacidade de realizar tarefas diárias, na energia e qualidade do sono. Essa vantagem pode estar ligada à maior disponibilidade de recursos de apoio nestas regiões.

Cuidadores de pessoas com demência experienciam maior stress comparativamente aos que assistem idosos sem essa condição. Relatam sentir-se "de mãos atadas" devido a comportamentos desafiadores do paciente, o que gera exaustão física, isolamento social e menor realização pessoal (Pearlin, et al., 1990).

Os resultados destacam ainda a necessidade de políticas de apoio direccionadas a: Cuidadores iniciantes; Indivíduos solteiros ou sem parceiro; Pessoas em regiões com menos recursos (ex.: Centro de Portugal); Profissionais que lidam com demência. Intervenções como formação específica, suporte financeiro e redes de apoio emocional podem mitigar estes desafios.

Este contexto sublinha a relevância da disponibilidade de uma rede de apoio robusta e multifacetada, composta por familiares, amigos, profissionais de saúde e outros mecanismos de assistência social. A falta dessa rede de apoio compromete a resiliência do cuidador e prejudica a sua capacidade de lidar com as tensões e desafios do cuidado. A escassez de recursos de apoio resulta, portanto, em uma amplificação dos efeitos adversos sobre a saúde mental e emocional dos cuidadores, bem como no agravamento das tensões nas relações familiares, o que pode comprometer o bem-estar geral de todos os envolvidos no processo de cuidado.

Consequentemente, a implementação de políticas públicas e estratégias sociais voltadas para o fortalecimento das redes de apoio aos cuidadores, através de programas de assistência, grupos de apoio, capacitação e encaminhamento para serviços especializados, pode representar uma intervenção crucial para mitigar os impactos negativos que surgem da falta de suporte adicional. Essa abordagem não só melhora a qualidade de vida dos cuidadores, mas também contribui para a sustentabilidade do cuidado a longo prazo, promovendo uma dinâmica familiar mais equilibrada e saudável.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo compreender como o ato de cuidar de um familiar dependente afeta a qualidade de vida dos cuidadores informais. Para tal, traçou-se o perfil sociodemográfico dos cuidadores e dos dependentes, analisou-se a percepção dos cuidadores relativamente ao seu papel e impacto nas suas vidas e caracterizou-se o nível de funcionalidade dos dependentes apoiados.

Os resultados obtidos convergiram com a literatura existente, confirmando que a maioria dos cuidadores informais são mulheres, que prestam cuidados principalmente a familiares do sexo feminino, sendo a relação de parentesco predominante a de parentalidade (Gomes & Mata, 2017). A doença e a velhice surgiram como os principais fatores de dependência,

evidenciando a crescente necessidade de suporte para cuidadores informais num contexto de envelhecimento populacional (Sousa et al., 2003; Figueiredo, 2007).

Os dados revelaram ainda que o perfil de dependência dos indivíduos apoiados se apresenta de forma heterogénea no que diz respeito aos domínios de atividade e funcionalidade, refletindo a diversidade das experiências de perda de capacidade, tanto em termos de impacto como de intensidade (Joëll, 2001). Além disso, verificou-se que os cuidadores casados ou em união de facto experienciam menos impactos negativos ao nível pessoal e familiar, sugerindo que a estabilidade e o suporte emocional proporcionados pela relação conjugal podem atuar como um fator protetor contra o stress e a sobrecarga associada ao ato de cuidar.

Outro dado relevante evidenciou que os cuidadores que não dispõem de apoio adicional apresentam níveis mais baixos de satisfação com o suporte social e reportam impactos mais negativos na sua vida pessoal e familiar. Estes achados reforçam a importância das redes de apoio na minimização da sobrecarga emocional e física do cuidador, funcionando como um recurso fundamental para garantir o seu bem-estar e, consequentemente, a qualidade do cuidado prestado ao dependente.

Desta forma é possível contatar que o presente estudo oferece contributos substanciais para a Psicologia Clínica, particularmente no que diz respeito à compreensão, avaliação e intervenção junto de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes. A análise detalhada das dimensões psicológicas associadas ao ato de cuidar evidencia que esta função implica uma sobrecarga emocional, física e social significativa, que pode desencadear ou agravar sintomas de stress, ansiedade, depressão e burnout.

Um dos principais avanços proporcionados pelo estudo é a identificação clara dos fatores de risco e de proteção que modulam o impacto psicológico do cuidar. Destacam-se a importância da experiência prévia no papel de cuidador, que se associa a um maior bem-estar

psicológico, e a influência do suporte social e familiar, que funciona como um importante fator protetor contra a sobrecarga emocional. A ausência de apoio, por outro lado, agrava significativamente a carga sentida pelos cuidadores, manifestando-se em maior cansaço, irritabilidade, preocupações excessivas e redução do tempo para descanso e vida social, corroborando evidências encontradas em estudos prévios (Abrantes, 2014; Félix, 2008).

É revelando ainda o impacto diferenciado de variáveis sociodemográficas, como o estado civil e a situação profissional, sobre a saúde mental dos cuidadores. Cuidadores solteiros e desempregados apresentam níveis superiores de stress e pior qualidade de vida, o que reforça a necessidade de intervenções direcionadas a estes grupos mais vulneráveis. O reconhecimento destes perfis permite aos psicólogos clínicos desenvolver intervenções terapêuticas mais individualizadas e eficazes, orientadas não apenas para a gestão dos sintomas psicológicos, mas também para a promoção de estratégias de coping adaptativas e resiliência.

Além disso, a investigação destaca a complexidade das dinâmicas relacionais envolvidas no cuidado informal, nomeadamente o impacto nas relações familiares e o sentimento de desvalorização relatado por alguns cuidadores. Este aspeto evidencia a importância da abordagem sistémica na intervenção clínica, que visa não só o apoio individual ao cuidador, mas também a melhoria das relações interpessoais e do suporte emocional dentro do núcleo familiar.

Outro contributo fundamental deste estudo reside na sua ênfase na necessidade de integrar o suporte psicológico nos serviços de apoio ao cuidador informal. A evidência de que a falta de uma rede de apoio robusta intensifica os efeitos negativos do cuidado reforça o papel da Psicologia Clínica como promotora da saúde mental e do bem-estar dos cuidadores, através da implementação de programas psicoeducativos, grupos de suporte e intervenções psicológicas estruturadas que auxiliem na regulação emocional e na prevenção do burnout.

Finalmente, o estudo sublinha a importância de políticas públicas que considerem a dimensão psicológica do cuidar, promovendo a criação de redes de suporte multidisciplinares que incluam acompanhamento psicológico regular. Tal abordagem não só contribui para a sustentabilidade do cuidado a longo prazo, como também melhora a qualidade de vida dos cuidadores e dos recetores, refletindo o compromisso da Psicologia Clínica com a promoção da saúde mental em contextos sociais complexos. De forma resumida, este estudo aprofunda o conhecimento científico sobre a experiência do cuidador informal, fornece fundamentos empíricos para intervenções clínicas específicas e reforça o papel central da Psicologia Clínica na construção de modelos de apoio que sejam simultaneamente humanizados, sustentáveis e eficazes.

Embora o presente estudo tenha proporcionado importantes insights sobre a experiência dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, algumas limitações metodológicas devem ser consideradas para a adequada interpretação dos resultados e para orientar futuras investigações.

Dada a facilidade de implementação e a acessibilidade na recolha de dados, foi utilizada uma amostra de conveniência, o que pode provocar algum enviesamento nos resultados, constituindo uma das limitações.

Em segundo lugar, o desenho transversal adotado impede a análise da evolução temporal das variáveis estudadas, como a sobrecarga emocional, o bem-estar psicológico e as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores. Assim, não foi possível acompanhar a progressão ou a adaptação ao papel de cuidador ao longo do tempo, limitando a compreensão dos processos dinâmicos que influenciam o impacto do cuidado informal.

Outro aspeto relevante é o recurso exclusivo a dados de autorrelato, que embora essenciais para captar a perceção subjetiva dos cuidadores, estão sujeitos a potenciais vieses, tais como a desejabilidade social, a memória seletiva e a interpretação subjetiva das questões.

A ausência de medidas objetivas ou complementares, como avaliações clínicas estruturadas, indicadores psicofisiológicos ou biomarcadores de stress, reduz a possibilidade de validação cruzada dos resultados e de uma análise mais aprofundada dos mecanismos subjacentes à sobrecarga do cuidador.

Adicionalmente, o estudo focou-se principalmente em variáveis individuais e familiares, deixando em segundo plano a influência das políticas sociais, serviços comunitários e fatores socioeconómicos mais amplos. Esta limitação implica que a compreensão do contexto global do cuidador informal, incluindo as barreiras e facilitadores ao acesso a recursos de apoio, permanece insuficientemente explorada.

Face a estas limitações, distintas recomendações para investigações futuras são de seguida apresentadas. A realização de estudos longitudinais permitiria monitorizar a trajetória da sobrecarga e dos efeitos psicológicos associados ao cuidar, identificando períodos críticos de vulnerabilidade ou de adaptação positiva. Este tipo de investigação contribuiria para a elaboração de intervenções temporais mais precisas e eficazes.

Além disso, investigações futuras deveriam também centrar-se na avaliação do impacto das políticas públicas, dos serviços de apoio e das redes comunitárias, identificando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso e a eficácia destes recursos. Estudos que abordem a heterogeneidade dos cuidadores, explorando subgrupos específicos, como cuidadores de pessoas com demência, cuidadores jovens, ou aqueles em contextos rurais versus urbanos, poderão contribuir para a personalização das intervenções e para a definição de estratégias de suporte mais ajustadas às necessidades particulares.

Contudo, importa salientar que as limitações identificadas não comprometem a relevância do estudo, mas orientam para a formulação de diretrizes para futuras investigações que aprofundem e ampliem o conhecimento sobre a complexa realidade dos cuidadores informais,

contribuindo para o desenvolvimento de práticas clínicas e políticas públicas mais eficazes e humanizadas.

Concluindo, de uma forma resumida o presente estudo contribui para uma maior compreensão da realidade dos cuidadores informais, destacando a necessidade de desenvolver estratégias e recursos que possam apoiá-los de forma mais eficaz. Torna-se essencial que os profissionais de saúde sejam capacitados de formação e conhecimento adequado para sensibilizar e orientar os cuidadores, fornecendo-lhes informações detalhadas sobre a condição dos seus familiares dependentes, estratégias eficazes para lidar com os desafios diários e recursos emocionais que lhes permitam gerir o stress associado ao cuidado. O reconhecimento da dimensão emocional e afetiva do ato de cuidar é crucial para uma compreensão mais abrangente da experiência do cuidador informal (Figueiredo, 2007).

Dado o impacto significativo que o papel de cuidador pode ter na vida pessoal, social e profissional dos indivíduos, torna-se urgente promover políticas públicas e iniciativas comunitárias que valorizem o seu trabalho, oferecendo apoio psicológico, formação específica e redes de suporte que possam reduzir a sobrecarga associada a esta função. Ao garantir melhores condições para os cuidadores informais, contribui-se não apenas para o seu bem-estar, mas também para a qualidade de vida dos próprios dependentes, assegurando um cuidado mais humanizado e sustentável a longo prazo.

A presente investigação assume, assim, um papel relevante na ampliação do conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos cuidadores informais, permitindo a formulação de estratégias e intervenções direcionadas para a mitigação dos impactos negativos associados à prestação de cuidados. A compreensão aprofundada destes processos poderá, ainda, contribuir para a definição de políticas públicas mais eficazes, promovendo o reconhecimento do papel dos cuidadores informais e o fortalecimento das redes de suporte essenciais à sua resiliência e bem-estar.

Referências

- Abrantes, N. (2014). *O Impacto do Descanso ao Cuidador da RNCCI na Qualidade de Vida do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente*. Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. Academic Press.
- Birren, J. E. & Zarit, J. M. (1985). Concepts of health, behaviour, and aging. In J. Birren & J. Livingston (eds.) *Cognition, Stress and Aging* (pp. 1-18). Prentice-Hall.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.
- Castro, L., Souza, D., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R. & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte social. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1346- 1355.
- Felgar, J. (1998). Uma expressão da linguagem numérica. In U. Margarida Karsch (Org.), *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores* (pp. 47-85). Educ.
- Fernández-Balesteros, R., Caprara, M. (2003). Psychology of ageing in Europe. *European Psychologist*, 8 (3), 129-130.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem dependência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005, janeiro). *A avaliação da confiabilidade de questionários: Uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. Conferência apresentada no XII SIMPEP, Bauru, Brasil. <https://doi.org/10.13140/2.1.3075.6808>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *Retrato de Portugal na Europa PORDATA - Indicadores 2011*. Disponível em http://www.pordata.pt/ebooks/PT_EU2011v201506121000/index.html#p=4
- Gomes, M. & Mata, A. (2017). A Família Provedora de Cuidados ao Idoso Dependente. In F. Pereira (Coords.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (2nd ed.) (pp. 163 – 172). Psicosoma.
- Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: Necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- INE. (2019). Estimativas de População Residente em Portugal. *Relatório*, 1–14. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- Jacob, L. (2013) “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Psicosoma, 43-49.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social.

- Joël, C. (2001). Des jours, des lieux et des vies. nI C. Joël, B. Ennuyer, D. Grunwald, .C Gucher, PHachnel &M-É. Joël (Eds.), Vivre an grand âge: Angosises et ambivalences dela
- Lezaun, J. & Salanova, M. (2001). Apoyo informal y demencias: ¿es posible descubrir nuevos caminos?
- Marín, D. C. & Casasnovas, G. L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación “la Caixa”.
- Mestheneos, E. & Triantafyllou, J. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe – The Pan-European Background Report*. Münster: Lit Verlag.
- Montorio, I. E Izal, M. (1999). Cambios Asociados al proceso de envejecimiento. In M. Izal & I. Montorio (Eds.), *Gerontologia conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis
- Nogueira, M., Azeredo, Z. & Santos, A. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: Um estudo delphi. *Revista eletrónica de enfermagem*, 14 (4), 749-759.
- Nolan, M., Ingram, P. & Watson, R. (2002). Working with Family Carers of People with Dementia: 'Negotiated' coping as an essential outcome. *Dementia*, 1(1), 75-93.
- Nunes, A. M. (2017). Modernização, envelhecimento e infoexclusão em Portugal. *Revista Kairós : Gerontologia*, 20(2), 79. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i2p79-99>

- Organização Mundial Saúde (2004). *Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (A. Leitão, Trad.). Consultado a 30 Novembro 2008.
- Disponível em
- Paiva, J. R. R. (2020). *Dificuldades e Necessidades do Cuidador Informal: Um estudo no Município de Cantanhede*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra.
- Paoletti, I (2007). *Family caregiving for older disabled people: Relational and institutional issues*. Nova Science Publishers.
- Paúl, .C (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In .C Paúl & A.Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (p. 21-42). Climepsi Editores.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pereira, A. S. (2008). *Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, Motivos e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Afrontamento.
- Ribeiro, O. M. (2007). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo sobre a experiência masculina do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rolland, J.S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Basic Books.

- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta.
- Santos, F. F. M. (2022). População Idosa. Disponível em July 25, 2022, PORDATA website: <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/populacao+idoso-254>
- Santos, M. (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta.
- Schaie, K. W. & Willis, S. L. (2002). *Adult Development and Aging* (5a Ed.). Prentice Hall.
- Schaie, W. & Willis, S. (1991). *Adult Development and Aging* (3a Ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- Schulz, R. & Quittner, A. (1998). Caregiving through the lifespan: An overview and future directions. *Health Psychology*, 17, 107-111.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – edições técnicas.
- Simões, A. (1982). Aspectos da Gerontologia: No ano Internacional da Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XVI, 39-96.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade estadual de Campinas.
- Sousa, A., & Duque, D. (2011). *UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CENTRO REGIONAL DE BRAGA Faculdade de Ciências Sociais Quando o Cuidador é Idoso*

Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada.

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12009/1/12009.pdf>

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 17, 9-25.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Stone, R., Cafferata, G. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail and elderly: a national profile. *The Gerontologist*, 27, 677-683.

United Nations. (2019). *World population prospects 2019*. United Nations.

https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

Walsh, D. (1983). Age Differences in Learning and Memory. In D. Woodruff & J. Birren (Eds.), *Aging: Scientific Perspectives and Social Issues* (pp. 149-177). California: Brooks/Cole Publishing Company.

World Health Organization. (2014). Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Psychological Science*, 25(9), 1682–1690. Disponível em www.who.int

ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Investigação

Protocolo de investigação, utilizado no estudo do grupo 2 - "Qualidade de Vida, Intervenção Psicossocial e Cidadania" no estudo "Qualidade de vida e Sobrecarga dos Cuidadores da Pessoa Idosa: Impacto do Suporte Psicológico e Social" coordenado pela Prof. Doutora Túlia Cabrita.

Questionário

PEDIMOS A SUA COLABORAÇÃO NESTA INVESTIGAÇÃO QUE SE ENCONTRA A SER REALIZADA EM PORTUGAL.

Encontra-se a decorrer um projeto na área da qualidade de vida dos cuidadores informais, realizado pelo grupo de investigação pertencente ao Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), em colaboração com a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, UDIPPS e FENACERCI.

Através da realização da presente investigação pretende-se recolher dados relativos à função de cuidador informal e identificar e compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores informais da pessoa portadora de deficiência. Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, a ponderação acerca de formas de intervenção adequadas às necessidades existentes. Os dados serão recolhidos através do seguinte instrumento que possui um tempo aproximado de resposta de 30 minutos.

A sua colaboração é fundamental. Sinta-se livre para aceitar ou para recusar participar no estudo. Asseguramos que todos os dados por si fornecidos são estritamente confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe pedimos que responda a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível. Sempre que lhe surgirem dúvidas, poderá esclarecê-las através do seguinte endereço de email: gapmarcacao@lis.ulusiada.pt.

Por favor, leia com atenção a informação fornecida. Se achar que algo está incorreto ou pouco claro, não hesite em solicitar mais informações.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita:

☐

Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são indicadas.

A - Dados sociodemográficos

Idade _____

Género Feminino ☐
 Masculino ☐
 Outro ☐ Qual? _____

Estado Civil Solteiro(a) ☐
 Solteiro(a) c/ parceiro(a) ☐
 União de Facto ☐
 Casado(a) ☐
 Separado(a) ☐
 Separado(a) c/ parceiro(a) ☐
 Divorciado(a) ☐
 Divorciado(a) c/ parceiro(a) ☐
 Viúvo(a) ☐

Tem filhos?

Sim ☐ Não ☐ Quantos?

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever ☐
 Não completou o Ensino Básico ☐
 Ensino Básico 1º ao 4º Ano ☐ 5º ao 6º Ano ☐ 7º ao 9º Ano ☐
 Ensino Secundário ☐
 Licenciatura ☐
 Mestrado ☐
 Doutoramento ☐

Situação profissional

Atividade profissional ativa ☐
 Desempregado(a) ☐
 Reformado(a) ☐
 Reformado(a) com atividade profissional ativa ☐

Qual é ou qual foi a sua profissão principal?

Se é reformado(a), com que idade se reformou? _____

Região onde reside

Norte ☐ Algarve ☐
 Centro ☐ Região Autónoma da Madeira ☐
 Lisboa e Vale do Tejo ☐ Região Autónoma dos Açores ☐
 Alentejo ☐

Onde reside atualmente?

Casa própria ☐

Casa alugada
Outra Qual? _____

Com quem reside atualmente? (Assinale uma ou mais opções)

Familiar(es) dependente(s)
Marido/Esposa
Filho(s)
Outro(s) familiar(es) Qual/Quais? _____

É a primeira vez que assume o papel de cuidador?

Sim Não

Procede à prestação de cuidados a mais do que uma pessoa em simultâneo?

Sim Não

É o cuidador principal?

Sim Não

Tem algum tipo de apoio? (Assinale uma ou mais opções)

Higiene
Limpeza doméstica
Alimentação
Outro(a) Qual/Quais? _____

Há quanto tempo cuida do(s) seu(s) familiar(es)?

Qual é o parentesco do(s) familiar(es) a quem presta cuidados?

Qual a idade do familiar a quem presta cuidados?

Idade _____

Qual o género do familiar a quem presta cuidados?

Feminino
Masculino
Outro Qual? _____

No caso de prestar cuidados a mais do que uma pessoa em simultâneo, indique:

Qual a idade do segundo familiar a quem presta cuidados?

Idade _____

Qual o género do segundo familiar a quem presta cuidados?

Feminino

Masculino ☐
 Outro ☐ Qual? _____

Qual é o motivo da dependência do(s) seu(s) familiar(es)?

Acidente	☐		
Velhice	☐		
Doença	☐	Congênita	Qual? _____
	☐	Crônica	Qual? _____
	☐	Adquirida	Qual? _____
Deficiência	☐	Grau de incapacidade	Qual? _____
Outro	☐		Qual? _____

Existe mais algum elemento a prestar cuidados ao(s) seu(s) familiar(es)?

Não ☐ XXXX Sim ☐ XXXX Se sim, quem? _____

B - Escala de Qualidade de Vida

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale aquela que lhe parece ser a melhor resposta.

Itens	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
B1. Como avalia a sua qualidade de vida?	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
B2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas **últimas duas semanas**.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
B3. Em que medida as dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
B4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
B5. Até que ponto gosta da vida?					

B6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
B7. Até que ponto se consegue concentrar?					
B8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
B9. Em que medida o seu ambiente físico é saudável? (clima, barulho, poluição, atrações)					
B10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
B11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
B12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
B13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
B14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					
	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
B15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a)]	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
B16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
B17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
B18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?					
B19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?					

B20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)					
B21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
B22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
B23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?					
B24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
B25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					

A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequente-mente	Sempre
B26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					

C - Escala de Sobrecarga de Zarit (Ferreira et al., 2010)

As questões que se seguem são relativas à sobrecarga do cuidador. Assinale a resposta correspondente.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
C1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
C2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio(a)?					
C3. Sente-se enervado(a) quando tenta conciliar os cuidados do seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
C4. Sente-se incomodado(a) pelo modo como o seu familiar se comporta?					
C5. Sente-se irritado(a) quando está com o seu familiar?					
C6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
C7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
C8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					
C9. Sente-se constrangido(a) quando está ao pé do seu familiar?					
C10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
C11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como a que gostaria de ter por causa do seu familiar?					
C12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
C13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?					
C14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
C15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
C16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
C17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
C18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
C19. Sente-se inseguro(a) sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
C20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
C21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
C22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?					

D - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (Pais-Ribeiro, 2011)

A seguir, vai encontrar várias afirmações sobre a satisfação do cuidador com o suporte social. Assinale a resposta correspondente.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
D1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
D2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
D3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
D4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o posso fazer					
D5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
D6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
D7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam					
D8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
D9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família					
D10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
D11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família					
D12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho					
D13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
D14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
D15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho					

E - Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) (Sequeira, 2007)

As questões que se seguem são relativas às dificuldades sentidas pelo cuidador. Assinale a resposta correspondente.

	Não acontece no meu caso	Acontece, mas não me perturba	Acontece e causa-me alguma perturbação	Acontece e perturba-me muito
E1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
E2. Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				
E3. Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
E4. Traz-me problemas de dinheiro				
E5. A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				
E6. A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar				
E7. Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
E8. Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
E9. Chega a transformar as minhas relações familiares				
E10. Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
E11. Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
E12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
E13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
E14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
E15. Ando a dormir pior por causa desta situação				
E16. As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
E17. Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
E18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
E19. Esta situação está a transtornar-me os nervos				
E20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				

	Não acontece no meu caso	Acontece, mas não me perturba	Acontece e causa-me alguma perturbação	Acontece e perturba-me muito
E21. A qualidade da minha vida piorou				
E22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
E23. A minha saúde ficou abalada				
E24. A pessoa de quem cuido sofre de incontinência				
E25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
E26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
E27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
E28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
E29. Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
E30. Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

F - Escala de Barthel (DGS, 2011)

As questões que se seguem destinam-se a avaliar a capacidade funcional e o nível de autonomia do indivíduo cuidado na realização de atividades da vida diária. Assinale com um X a resposta correspondente.

F1. Alimentação

Independente

XXX

Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos)

XXX

Dependente

F2. Transferências (da cama para a cadeira e vice-versa)

Independente

Precisa de alguma ajuda

Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se

Dependente, não tem equilíbrio sentado

F3. Higiene Pessoal

Independente a fazer a barba, a lavar a cara e a lavar os dentes

Dependente, necessita de alguma ajuda

F4. Utilização do WC

Independente (consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se e limpar-se)

Precisa de alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

Dependente

F5. Banho

Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou da banheira sem ajuda)

Dependente, necessita de alguma ajuda

F6. Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)
- Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda
- Independente em cadeira de rodas, desloca-se pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
- Imóvel

F7. Subir e descer escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas
- Precisa de ajuda
- Incapaz

F8. Vestir

- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)
- Necessita de ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- Dependente

F9. Controlo intestinal

- Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar
- Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)
- Incontinente ou precisa de uso de clisteres

F10. Controlo urinário

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manusear a algália sozinho
- Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)
- Z

Muito obrigada pela sua colaboração, pode entrar em contacto connosco através do seguinte endereço de email: gapmarcacao@lis.ulusiada.pt

ANEXO 2. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos

Instrumentos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	0,166	54	<,001	0,952	54	0,029
WHOQOL - psicológico	0,125	54	0,035	0,961	54	0,080
WHOQOL - físico	0,084	54	0,200*	0,990	54	0,931
WHOQOL - meio ambiente	0,113	54	0,080	0,961	54	0,077
WHOQOL - relações sociais	0,136	54	0,015	0,957	54	0,050
ZARIT	0,053	54	0,200*	0,987	54	0,830
ESSS - satisfação com os amigos	0,100	54	0,200*	0,932	54	0,004
ESSS - intimidade	0,100	54	0,200*	0,974	54	0,302
ESSS - satisfação com a família	0,141	54	0,009	0,959	54	0,060
ESSS - satisfação atividades sociais	0,158	54	0,002	0,925	54	0,002
CADI - implicações familiares e pessoais	0,167	54	<0,001	0,922	54	0,002
CADI - relações familiares	0,147	54	0,005	0,935	54	0,006
CADI - reações ao cuidar	0,171	54	<,001	0,933	54	0,005
CADI - consequências do cuidar	0,140	54	0,010	0,954	54	0,036
CADI - apoios sociais e saúde	0,148	54	0,005	0,941	54	0,010
BARTHEL	0,142	54	0,009	0,921	54	0,002

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

ANEXO 3. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de estado civil e testes de homogeneidade das variâncias

Tabela 1. Testes à normalidade

	Estado civil com as categorias	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Instrumentos	separado e divorciado unidas	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WHOQOL -	Solteiro(a)	.165	15	.200*	.905	15	.112
qualidade de vida	União de Facto	.213	5	.200*	.963	5	.826
	Casado(a)	.122	18	.200*	.954	18	.489
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.227	16	.027	.934	16	.280
WHOQOL -	Solteiro(a)	.180	15	.200*	.942	15	.411
psicológico	União de Facto	.271	5	.200*	.932	5	.611
	Casado(a)	.148	18	.200*	.935	18	.241
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.193	16	.112	.884	16	.045
WHOQOL - físico	Solteiro(a)	.153	15	.200*	.969	15	.842
	União de Facto	.145	5	.200*	.991	5	.985
	Casado(a)	.085	18	.200*	.964	18	.673
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.139	16	.200*	.967	16	.794
WHOQOL - meio	Solteiro(a)	.101	15	.200*	.980	15	.972
ambiente	União de Facto	.300	5	.161	.790	5	.067
	Casado(a)	.144	18	.200*	.942	18	.309
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.238	16	.016	.825	16	.006
WHOQOL - relações	Solteiro(a)	.167	15	.200*	.922	15	.204
sociais	União de Facto	.327	5	.086	.888	5	.346
	Casado(a)	.165	18	.200*	.944	18	.342
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.156	16	.200*	.930	16	.248
Zarit - medida	Solteiro(a)	.173	15	.200*	.962	15	.734
compósita	União de Facto	.230	5	.200*	.903	5	.425
	Casado(a)	.173	18	.162	.919	18	.125
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.130	16	.200*	.924	16	.199

ESSS - satisfação com	Solteiro(a)	.119	15	.200*	.918	15	.179
os amigos	União de Facto	.246	5	.200*	.890	5	.356
	Casado(a)	.142	18	.200*	.908	18	.081
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.194	16	.109	.878	16	.036
	Solteiro(a)	.122	15	.200*	.934	15	.317
ESSS - intimidade	União de Facto	.294	5	.181	.833	5	.148
	Casado(a)	.175	18	.149	.924	18	.154
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.123	16	.200*	.975	16	.913
	Solteiro(a)	.109	15	.200*	.943	15	.420
ESSS - satisfação com	Solteiro(a)	.109	15	.200*	.943	15	.420
	União de Facto	.360	5	.033	.767	5	.042
	Casado(a)	.149	18	.200*	.976	18	.904
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.160	16	.200*	.932	16	.258
ESSS - satisfação	Solteiro(a)	.118	15	.200*	.965	15	.780
atividades sociais	União de Facto	.233	5	.200*	.884	5	.329
	Casado(a)	.259	18	.002	.923	18	.145
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.224	16	.031	.881	16	.040
	Solteiro(a)	.225	15	.039	.881	15	.049
CADI - implicações	União de Facto	.236	5	.200*	.890	5	.355
	Casado(a)	.120	18	.200*	.954	18	.495
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.184	16	.150	.955	16	.568
	Solteiro(a)	.242	15	.018	.906	15	.116
CADI - relações	União de Facto	.242	5	.200*	.862	5	.236
	Casado(a)	.196	18	.067	.906	18	.072
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.138	16	.200*	.904	16	.092
	Solteiro(a)	.240	15	.021	.901	15	.099
CADI - reações ao	União de Facto	.251	5	.200*	.938	5	.655
	Casado(a)	.155	18	.200*	.899	18	.055
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.135	16	.200*	.958	16	.629
	Solteiro(a)	.251	15	.012	.877	15	.042
CADI - consequências	Solteiro(a)	.251	15	.012	.877	15	.042
do cuidar	União de Facto	.310	5	.131	.808	5	.094

CADI - apoios sociais e saúde	Casado(a)	.136	18	.200*	.946	18	.371
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.230	16	.024	.909	16	.114
	Solteiro(a)	.179	15	.200*	.877	15	.042
	União de Facto	.224	5	.200*	.881	5	.314
	Casado(a)	.132	18	.200*	.956	18	.532
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.140	16	.200*	.916	16	.144
	Solteiro(a)	.117	15	.200*	.943	15	.427
	União de Facto	.293	5	.184	.869	5	.262
BARTHEL	Casado(a)	.144	18	.200*	.932	18	.214
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.193	16	.112	.857	16	.017

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2. Testes de homogeneidade de variâncias

		Estatística de			
Escalas		Levene	df1	df2	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Com base em média	.188	3	50	.904
	Com base em mediana	.203	3	50	.894
	Com base em mediana e com gl ajustado	.203	3	48.692	.894
	Com base em média aparada	.167	3	50	.918
WHOQOL - psicológico	Com base em média	.274	3	50	.844
	Com base em mediana	.277	3	50	.842
	Com base em mediana e com gl ajustado	.277	3	49.817	.842
	Com base em média aparada	.287	3	50	.835
WHOQOL - físico	Com base em média	1.651	3	50	.190
	Com base em mediana	1.344	3	50	.271

	Com base em mediana e com gl ajustado	1.344	3	41.314	.273
	Com base em média aparada	1.657	3	50	.188
WHOQOL - meio ambiente	Com base em média	.326	3	50	.807
	Com base em mediana	.304	3	50	.822
	Com base em mediana e com gl ajustado	.304	3	49.174	.822
	Com base em média aparada	.323	3	50	.809
WHOQOL - relações sociais	Com base em média	2.870	3	50	.046
	Com base em mediana	1.824	3	50	.155
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.824	3	42.248	.157
	Com base em média aparada	2.797	3	50	.050
Zarit - medida compósita	Com base em média	.136	3	50	.938
	Com base em mediana	.195	3	50	.900
	Com base em mediana e com gl ajustado	.195	3	48.669	.900
	Com base em média aparada	.137	3	50	.938
ESSS - satisfação com os amigos	Com base em média	.105	3	50	.956
	Com base em mediana	.025	3	50	.995
	Com base em mediana e com gl ajustado	.025	3	44.016	.995
	Com base em média aparada	.089	3	50	.966
ESSS - intimidade	Com base em média	3.660	3	50	.018
	Com base em mediana	2.061	3	50	.117
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.061	3	25.441	.131
	Com base em média aparada	3.579	3	50	.020
	Com base em média	1.093	3	50	.361

ESSS - satisfação com a família	Com base em mediana	.785	3	50	.508
	Com base em mediana e com gl ajustado	.785	3	47.907	.508
	Com base em média aparada	1.034	3	50	.386
ESSS - satisfação atividades sociais	Com base em média	3.230	3	50	.030
	Com base em mediana	2.836	3	50	.047
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.836	3	49.513	.048
	Com base em média aparada	3.218	3	50	.030
CADI - implicações familiares e pessoais	Com base em média	1.042	3	50	.382
	Com base em mediana	.487	3	50	.693
	Com base em mediana e com gl ajustado	.487	3	48.507	.693
	Com base em média aparada	1.005	3	50	.399
CADI - relações familiares	Com base em média	2.647	3	50	.059
	Com base em mediana	2.442	3	50	.075
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.442	3	46.894	.076
	Com base em média aparada	2.662	3	50	.058
CADI - reações ao cuidar	Com base em média	1.726	3	50	.174
	Com base em mediana	1.103	3	50	.356
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.103	3	46.912	.357
	Com base em média aparada	1.793	3	50	.160
CADI - apoios sociais e saúde	Com base em média	1.193	3	50	.322
	Com base em mediana	.933	3	50	.432
	Com base em mediana e com gl ajustado	.933	3	47.961	.432
	Com base em média aparada	1.183	3	50	.325

BARTHEL	Com base em média	2.168	3	50	.103
	Com base em mediana	1.417	3	50	.249
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.417	3	46.821	.250
	Com base em média aparada	2.189	3	50	.101

Tabela 3. Comparações múltiplas a posteriori

			Intervalo de Confiança		
			95%		
			Limite		
Variável dependente	(I) Estado civil	(J) Estado civil	Sig.	Limite inferior	superior
CADI - implicações familiares e pessoais	<i>Solteiro(a)</i>	<i>União de Facto</i>	<.001	.4881	2.3309
		Casado(a)	.110	-.0825	1.1651
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.863	-.4532	.8294
	<i>União de Facto</i>	<i>Solteiro(a)</i>	<.001	-2.3309	-.4881
		Casado(a)	.063	-1.7702	.0337
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.005	-2.1356	-.3073
	Casado(a)	<i>Solteiro(a)</i>	.110	-1.1651	.0825
		União de Facto	.063	-.0337	1.7702
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.427	-.9662	.2599
	Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	<i>Solteiro(a)</i>	.863	-.8294	.4532
		União de Facto	.005	.3073	2.1356
		Casado(a)	.427	-.2599	.9662
CADI - relações familiares	<i>Solteiro(a)</i>	União de Facto	.418	-.4986	1.8853
		Casado(a)	.940	-.6336	.9803
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.341	-1.3562	.3029
	<i>União de Facto</i>	<i>Solteiro(a)</i>	.418	-1.8853	.4986
		Casado(a)	.639	-1.6869	.6469
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.041	-2.4026	-.0374

	Casado(a)	Solteiro(a)	.940	-.9803	.6336	
		União de Facto	.639	-.6469	1.6869	
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.101	-1.4931	.0931	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Solteiro(a)		.341	-.3029	1.3562	
	o(a)/Viúvo(a)	União de Facto	.041	.0374	2.4026	
		Casado(a)	.101	-.0931	1.4931	
	CADI - reações ao cuidar	Solteiro(a)	União de Facto	.025	.1151	2.3230
			Casado(a)	.547	-.3728	1.1220
			Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.974	-.6457	.8909
		União de Facto	Solteiro(a)	.025	-2.3230	-.1151
Casado(a)			.175	-1.9251	.2362	
Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)			.050	-2.1917	-.0012	
Casado(a)		Solteiro(a)	.547	-1.1220	.3728	
		União de Facto	.175	-.2362	1.9251	
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.799	-.9865	.4825	
Divorciado(a)/Separado(a)/Solteiro(a)		.974	-.8909	.6457		
o(a)/Viúvo(a)	União de Facto	.050	.0012	2.1917		
	Casado(a)	.799	-.4825	.9865		
CADI - apoios sociais e saúde	Solteiro(a)	União de Facto	.046	.0134	1.9866	
		Casado(a)	.503	-.3151	1.0207	
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.926	-.8460	.5272	
	União de Facto	Solteiro(a)	.046	-1.9866	-.0134	
		Casado(a)	.294	-1.6130	.3186	
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.014	-2.1382	-.1806	
	Casado(a)	Solteiro(a)	.503	-1.0207	.3151	
		União de Facto	.294	-.3186	1.6130	
		Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	.176	-1.1686	.1443	
	Divorciado(a)/Separado(a)/Solteiro(a)		.926	-.5272	.8460	
o(a)/Viúvo(a)	União de Facto	.014	.1806	2.1382		

Casado(a)

.176

-.1443

1.1686

ANEXO 4. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de situação profissional e testes de homogeneidade das variâncias

Tabela 1. Testes à normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	Situação profissional	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Atividade profissional	.151	34	.048	.953	34	.149
	ativa ou reformado no ativo						
	Desempregado(a)	.198	11	.200*	.923	11	.348
	Reformado(a)	.171	9	.200*	.922	9	.405
WHOQOL - psicológico	Atividade profissional	.116	34	.200*	.964	34	.325
	ativa ou reformado no ativo						
	Desempregado(a)	.164	11	.200*	.955	11	.714
	Reformado(a)	.240	9	.143	.936	9	.541
WHOQOL - físico	Atividade profissional	.095	34	.200*	.967	34	.382
	ativa ou reformado no ativo						
	Desempregado(a)	.162	11	.200*	.944	11	.571
	Reformado(a)	.210	9	.200*	.878	9	.151
WHOQOL - meio ambiente	Atividade profissional	.079	34	.200*	.982	34	.846
	ativa ou reformado no ativo						
	Desempregado(a)	.235	11	.090	.856	11	.051
	Reformado(a)	.351	9	.002	.707	9	.002
WHOQOL - relações sociais	Atividade profissional	.202	34	.001	.941	34	.066
	ativa ou reformado no ativo						
	Desempregado(a)	.172	11	.200*	.961	11	.785
	Reformado(a)	.161	9	.200*	.885	9	.175

Zarit - medida compósita	Atividade profissional	.065	34	.200*	.988	34	.966
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.112	11	.200*	.987	11	.994
	Reformado(a)	.171	9	.200*	.890	9	.199
ESSS - satisfação com os amigos	Atividade profissional	.115	34	.200*	.942	34	.073
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.179	11	.200*	.881	11	.108
	Reformado(a)	.247	9	.120	.858	9	.091
ESSS - intimidade	Atividade profissional	.108	34	.200*	.959	34	.229
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.187	11	.200*	.926	11	.370
	Reformado(a)	.168	9	.200*	.937	9	.548
ESSS - satisfação com a família	Atividade profissional	.166	34	.019	.958	34	.208
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.224	11	.130	.919	11	.312
	Reformado(a)	.279	9	.041	.803	9	.022
ESSS - satisfação atividades sociais	Atividade profissional	.165	34	.020	.934	34	.042
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.227	11	.117	.855	11	.050
	Reformado(a)	.292	9	.026	.866	9	.110
CADI - implicações familiares e pessoais	Atividade profissional	.148	34	.056	.947	34	.098
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.257	11	.041	.852	11	.045
	Reformado(a)	.233	9	.171	.810	9	.026
CADI - relações familiares	Atividade profissional	.135	34	.123	.926	34	.023
	ativa ou reformado no						
	ativo						

	Desempregado(a)	.278	11	.017	.899	11	.180
	Reformado(a)	.213	9	.200*	.873	9	.134
CADI - reações ao cuidar	Atividade profissional	.168	34	.016	.924	34	.021
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.260	11	.036	.857	11	.053
	Reformado(a)	.186	9	.200*	.949	9	.677
CADI - consequências do	Atividade profissional	.143	34	.078	.958	34	.206
cuidar	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.160	11	.200*	.934	11	.456
	Reformado(a)	.252	9	.105	.822	9	.036
CADI - apoios sociais e	Atividade profissional	.122	34	.200*	.954	34	.159
saúde	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.197	11	.200*	.911	11	.253
	Reformado(a)	.233	9	.172	.756	9	.006
BARTHEL	Atividade profissional	.118	34	.200*	.928	34	.028
	ativa ou reformado no						
	ativo						
	Desempregado(a)	.193	11	.200*	.913	11	.263
	Reformado(a)	.259	9	.083	.859	9	.093

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2. Testes de homogeneidade de variâncias

		Estatística de			
		Levene	df1	df2	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Com base em média	.984	2	51	.381
	Com base em mediana	.623	2	51	.541

	Com base em mediana e com gl ajustado	.623	2	48.016	.541
	Com base em média aparada	.954	2	51	.392
WHOQOL - psicológico	Com base em média	1.031	2	51	.364
	Com base em mediana	.843	2	51	.437
	Com base em mediana e com gl ajustado	.843	2	49.222	.437
	Com base em média aparada	.976	2	51	.384
WHOQOL - físico	Com base em média	.005	2	51	.995
	Com base em mediana	.044	2	51	.957
	Com base em mediana e com gl ajustado	.044	2	45.376	.957
	Com base em média aparada	.008	2	51	.992
WHOQOL - meio ambiente	Com base em média	2.575	2	51	.086
	Com base em mediana	1.554	2	51	.221
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.554	2	43.600	.223
	Com base em média aparada	2.618	2	51	.083
WHOQOL - relações sociais	Com base em média	.402	2	51	.671
	Com base em mediana	.276	2	51	.760
	Com base em mediana e com gl ajustado	.276	2	45.392	.760
	Com base em média aparada	.366	2	51	.695
Zarit - medida compósita	Com base em média	.447	2	51	.642
	Com base em mediana	.397	2	51	.674
	Com base em mediana e com gl ajustado	.397	2	48.184	.674
	Com base em média aparada	.455	2	51	.637
ESSS - satisfação com os amigos	Com base em média	.492	2	51	.614
	Com base em mediana	.662	2	51	.520
	Com base em mediana e com gl ajustado	.662	2	48.694	.520
	Com base em média aparada	.549	2	51	.581

ESSS - intimidade	Com base em média	.268	2	51	.766
	Com base em mediana	.113	2	51	.894
	Com base em mediana e com gl ajustado	.113	2	44.787	.894
	Com base em média aparada	.254	2	51	.776
ESSS - satisfação com a família	Com base em média	1.393	2	51	.258
	Com base em mediana	1.116	2	51	.336
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.116	2	49.847	.336
	Com base em média aparada	1.461	2	51	.241
ESSS - satisfação atividades sociais	Com base em média	.858	2	51	.430
	Com base em mediana	.339	2	51	.714
	Com base em mediana e com gl ajustado	.339	2	41.247	.715
	Com base em média aparada	.786	2	51	.461
CADI - implicações familiares e pessoais	Com base em média	.101	2	51	.904
	Com base em mediana	.003	2	51	.997
	Com base em mediana e com gl ajustado	.003	2	41.964	.997
	Com base em média aparada	.038	2	51	.963
CADI - relações familiares	Com base em média	1.178	2	51	.316
	Com base em mediana	1.078	2	51	.348
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.078	2	46.789	.349
	Com base em média aparada	1.283	2	51	.286
CADI - reações ao cuidar	Com base em média	.839	2	51	.438
	Com base em mediana	.554	2	51	.578
	Com base em mediana e com gl ajustado	.554	2	48.401	.578
	Com base em média aparada	.834	2	51	.440
CADI - consequências do cuidar	Com base em média	.720	2	51	.491
	Com base em mediana	.657	2	51	.523

BARTHEL	Com base em mediana e com gl ajustado	.657	2	49.851	.523
	Com base em média aparada	.742	2	51	.481
	Com base em média	5.619	2	51	.006
	Com base em mediana	3.408	2	51	.041
	Com base em mediana e com gl ajustado	3.408	2	38.076	.043
	Com base em média aparada	5.567	2	51	.007

Tabela 3. Comparações múltiplas a posteriori

(I) Situação profissional	(J) Situação profissional	Intervalo de Confiança 95%				
		Diferença média			Limite inferior	Limite superior
com reformado ativo considerado nos ativos	com reformado ativo considerado nos ativos	(I-J)	Erro	Padrão Sig.		
Ativos(as)	Desempregado(a)	.70856	.30888	.066	-.0371	1.4542
	Reformado(a)	.61765	.33380	.164	-.1881	1.4234
Desempregado(a)	Ativos(as)	-.70856	.30888	.066	-1.4542	.0371
	Reformado(a)	-.09091	.40023	.972	-1.0571	.8752
Reformado(a)	Ativos(as)	-.61765	.33380	.164	-1.4234	.1881
	Desempregado(a)	.09091	.40023	.972	-.8752	1.0571

ANEXO 5. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de região de residência e testes de homogeneidade das variâncias

Tabela 1. Testes à normalidade

Região com Alentejo unido a Lisboa e vale do Tejo		Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
		Estatística _{gl}		Sig.	Estatística _{gl}		Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Norte	.246	5	.200*	.956	5	.777
	Centro	.256	14	.013	.858	14	.028
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.131	35	.138	.942	35	.066
WHOQOL - psicológico	Norte	.183	5	.200*	.963	5	.827
	Centro	.209	14	.098	.942	14	.443
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.171	35	.011	.946	35	.085
WHOQOL - físico	Norte	.132	5	.200*	.996	5	.995
	Centro	.183	14	.200*	.896	14	.098
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.085	35	.200*	.982	35	.828
WHOQOL - meio ambiente	Norte	.249	5	.200*	.892	5	.365
	Centro	.111	14	.200*	.960	14	.722
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.120	35	.200*	.957	35	.188
WHOQOL - relações sociais	Norte	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Centro	.182	14	.200*	.887	14	.073
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.159	35	.025	.955	35	.166
	Norte	.262	5	.200*	.933	5	.617

Zarit - medida	Centro	.177	14	.200*	.945	14	.493
compósita	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.107	35	.200*	.978	35	.692
ESSS - satisfação com os amigos	Norte	.268	5	.200*	.919	5	.521
	Centro	.220	14	.064	.852	14	.024
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.092	35	.200*	.940	35	.057
ESSS - intimidade	Norte	.266	5	.200*	.933	5	.617
	Centro	.120	14	.200*	.971	14	.894
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.137	35	.093	.965	35	.330
ESSS - satisfação com a família	Norte	.220	5	.200*	.956	5	.777
	Centro	.236	14	.033	.906	14	.136
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.184	35	.004	.942	35	.062
ESSS - satisfação atividades sociais	Norte	.473	5	<.001	.552	5	<.001
	Centro	.209	14	.099	.887	14	.074
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.166	35	.016	.916	35	.011
CADI - implicações familiares e pessoais	Norte	.262	5	.200*	.933	5	.617
	Centro	.175	14	.200*	.940	14	.422
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.166	35	.016	.908	35	.007
CADI - relações familiares	Norte	.241	5	.200*	.903	5	.427
	Centro	.210	14	.095	.868	14	.039
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.153	35	.037	.942	35	.065
CADI - reações ao cuidar	Norte	.155	5	.200*	.977	5	.919
	Centro	.185	14	.200*	.895	14	.094

	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.208	35	<.001	.932	35	.033
CADI - consequências do cuidar	Norte	.237	5	.200*	.961	5	.814
	Centro	.239	14	.029	.899	14	.108
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.131	35	.134	.943	35	.069
CADI - apoios sociais e saúde	Norte	.191	5	.200*	.958	5	.794
	Centro	.179	14	.200*	.928	14	.287
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.173	35	.010	.926	35	.022
BARTHEL	Norte	.248	5	.200*	.855	5	.212
	Centro	.196	14	.148	.841	14	.017
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.168	35	.014	.926	35	.021

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2. Testes de homogeneidade de variâncias

		Estatística de			
		Levene	df1	df2	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Com base em média	1.048	2	51	.358
	Com base em mediana	1.072	2	51	.350
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.072	2	50.808	.350
	Com base em média aparada	1.101	2	51	.340
WHOQOL - psicológico	Com base em média	.348	2	51	.708
	Com base em mediana	.353	2	51	.704

WHOQOL - físico	Com base em mediana e com gl ajustado	.353	2	49.874	.704
	Com base em média aparada	.360	2	51	.699
	Com base em média	1.024	2	51	.367
	Com base em mediana	.987	2	51	.380
	Com base em mediana e com gl ajustado	.987	2	49.851	.380
WHOQOL - meio ambiente	Com base em média aparada	1.022	2	51	.367
	Com base em média	3.075	2	51	.055
	Com base em mediana	1.947	2	51	.153
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.947	2	41.697	.155
	Com base em média aparada	3.004	2	51	.058
WHOQOL - relações sociais	Com base em média	.138	2	51	.872
	Com base em mediana	.148	2	51	.863
	Com base em mediana e com gl ajustado	.148	2	48.100	.863
	Com base em média aparada	.125	2	51	.883
	Com base em média	2.395	2	51	.101
Zarit - medida compósita	Com base em mediana	2.067	2	51	.137
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.067	2	47.677	.138
	Com base em média aparada	2.356	2	51	.105
	Com base em média	.403	2	51	.670
	Com base em mediana	.352	2	51	.705
ESSS - satisfação com os amigos	Com base em mediana e com gl ajustado	.352	2	48.005	.705
	Com base em média aparada	.380	2	51	.686
	Com base em média	.025	2	51	.976
	Com base em mediana	.020	2	51	.980

ESSS - satisfação com a família	Com base em mediana e com gl ajustado	.020	2	47.395	.980
	Com base em média aparada	.022	2	51	.978
	Com base em média	.281	2	51	.756
	Com base em mediana	.228	2	51	.797
	Com base em mediana e com gl ajustado	.228	2	50.973	.797
CADI - implicações familiares e pessoais	Com base em média aparada	.310	2	51	.735
	Com base em média	3.384	2	51	.042
	Com base em mediana	2.009	2	51	.145
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.009	2	44.853	.146
	Com base em média aparada	3.103	2	51	.053
CADI - relações familiares	Com base em média	3.123	2	51	.053
	Com base em mediana	1.781	2	51	.179
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.781	2	45.656	.180
	Com base em média aparada	3.081	2	51	.055
	Com base em média	.201	2	51	.818
CADI - reações ao cuidar	Com base em mediana	.135	2	51	.874
	Com base em mediana e com gl ajustado	.135	2	49.933	.874
	Com base em média aparada	.182	2	51	.835
	Com base em média	5.162	2	51	.009
	Com base em mediana	4.256	2	51	.020
CADI - consequências do cuidar	Com base em mediana e com gl ajustado	4.256	2	47.336	.020
	Com base em média aparada	5.117	2	51	.009
	Com base em média	2.678	2	51	.078
	Com base em mediana	2.223	2	51	.119

BARTHEL	Com base em mediana e com gl ajustado	2.223	2	43.392	.120
	Com base em média aparada	2.611	2	51	.083
	Com base em média	3.808	2	51	.029
	Com base em mediana	3.376	2	51	.042
	Com base em mediana e com gl ajustado	3.376	2	47.540	.043
	Com base em média aparada	3.814	2	51	.029

Tabela 3. Comparações múltiplas a posteriori

(I) Região	(J) Região	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Norte	Centro	.79796	.39710	.120	-.1606	1.7566
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	.04898	.36441	.990	-.8307	.9287
Centro	Norte	-.79796	.39710	.120	-1.7566	.1606
	Lisboa, Vale do Tejo e Sul	-.74898*	.24103	.009	-1.3308	-.1671
Lisboa, Vale do Tejo e Sul	Norte	-.04898	.36441	.990	-.9287	.8307
	Centro	.74898*	.24103	.009	.1671	1.3308

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

ANEXO 6. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de tipo de habitação e testes de homogeneidade das variâncias

Tabela 1. Testes à normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Tipo de residência	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Casa própria	.112	39	.200*	.954	39	.111
	Casa alugada	.278	10	.027	.853	10	.064
	Outra	.473	5	<.001	.552	5	<.001
WHOQOL - psicológico	Casa própria	.112	39	.200*	.962	39	.201
	Casa alugada	.180	10	.200*	.948	10	.651
	Outra	.350	5	.045	.750	5	.030
WHOQOL - físico	Casa própria	.125	39	.129	.978	39	.630
	Casa alugada	.207	10	.200*	.840	10	.045
	Outra	.183	5	.200*	.985	5	.961
WHOQOL - meio ambiente	Casa própria	.118	39	.188	.962	39	.204
	Casa alugada	.169	10	.200*	.928	10	.430
	Outra	.291	5	.191	.905	5	.440
WHOQOL - relações sociais	Casa própria	.119	39	.180	.958	39	.158
	Casa alugada	.200	10	.200*	.928	10	.425
	Outra	.311	5	.129	.871	5	.269
Zarit - medida compósita	Casa própria	.092	39	.200*	.986	39	.900
	Casa alugada	.218	10	.195	.915	10	.320
	Outra	.268	5	.200*	.844	5	.178
ESSS - satisfação com os amigos	Casa própria	.093	39	.200*	.929	39	.017
	Casa alugada	.217	10	.200*	.961	10	.796

	Outra	.376	5	.020	.788	5	.065
ESSS - intimidade	Casa própria	.143	39	.042	.956	39	.130
	Casa alugada	.186	10	.200*	.916	10	.325
	Outra	.270	5	.200*	.916	5	.502
ESSS - satisfação com a família	Casa própria	.103	39	.200*	.959	39	.169
	Casa alugada	.223	10	.172	.937	10	.523
	Outra	.224	5	.200*	.842	5	.171
ESSS - satisfação atividades sociais	Casa própria	.187	39	.001	.920	39	.009
	Casa alugada	.202	10	.200*	.869	10	.096
	Outra	.201	5	.200*	.881	5	.314
CADI - implicações familiares e pessoais	Casa própria	.192	39	<.001	.910	39	.004
	Casa alugada	.170	10	.200*	.906	10	.254
	Outra	.248	5	.200*	.888	5	.349
CADI - relações familiares	Casa própria	.148	39	.031	.935	39	.025
	Casa alugada	.178	10	.200*	.886	10	.154
	Outra	.229	5	.200*	.867	5	.254
CADI - reações ao cuidar	Casa própria	.166	39	.008	.929	39	.017
	Casa alugada	.140	10	.200*	.936	10	.504
	Outra	.258	5	.200*	.925	5	.563
CADI - consequências do cuidar	Casa própria	.121	39	.154	.955	39	.119
	Casa alugada	.193	10	.200*	.954	10	.717
	Outra	.337	5	.066	.676	5	.005
CADI - apoios sociais e saúde	Casa própria	.157	39	.017	.946	39	.061
	Casa alugada	.171	10	.200*	.943	10	.584
	Outra	.330	5	.079	.735	5	.021
BARTHEL	Casa própria	.126	39	.123	.911	39	.005
	Casa alugada	.235	10	.125	.891	10	.174
	Outra	.281	5	.200*	.899	5	.403

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2. Testes de homogeneidade de variâncias

		Estatística de			
		Levene	df1	df2	Sig.
WHOQOL - psicológico	Com base em média	.958	2	51	.390
	Com base em mediana	1.179	2	51	.316
	Com base em mediana e com	1.179	2	50.293	.316
	gl ajustado				
WHOQOL - físico	Com base em média aparada	1.030	2	51	.364
	Com base em média	.894	2	51	.415
	Com base em mediana	1.074	2	51	.349
	Com base em mediana e com	1.074	2	44.675	.350
WHOQOL - meio ambiente	gl ajustado				
	Com base em média aparada	.933	2	51	.400
	Com base em média	2.577	2	51	.086
	Com base em mediana	2.447	2	51	.097
WHOQOL - relações sociais	Com base em mediana e com	2.447	2	47.533	.097
	gl ajustado				
	Com base em média aparada	2.569	2	51	.087
	Com base em média	.264	2	51	.769
Zarit - medida compósita	Com base em mediana	.302	2	51	.741
	Com base em mediana e com	.302	2	47.529	.741
	gl ajustado				
	Com base em média aparada	.286	2	51	.753
Zarit - medida compósita	Com base em média	.708	2	51	.498
	Com base em mediana	.845	2	51	.435
	Com base em mediana e com	.845	2	46.157	.436
	gl ajustado				
Zarit - medida compósita	Com base em média aparada	.727	2	51	.488

ESSS - satisfação com os amigos	Com base em média	2.020	2	51	.143
	Com base em mediana	2.282	2	51	.112
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.282	2	50.308	.113
	Com base em média aparada	2.126	2	51	.130
ESSS - intimidade	Com base em média	.736	2	51	.484
	Com base em mediana	.670	2	51	.516
	Com base em mediana e com gl ajustado	.670	2	47.955	.517
	Com base em média aparada	.721	2	51	.491
ESSS - satisfação com a família	Com base em média	.934	2	51	.399
	Com base em mediana	.900	2	51	.413
	Com base em mediana e com gl ajustado	.900	2	50.116	.413
	Com base em média aparada	.972	2	51	.385
CADI - relações familiares	Com base em média	.517	2	51	.600
	Com base em mediana	.565	2	51	.572
	Com base em mediana e com gl ajustado	.565	2	50.923	.572
	Com base em média aparada	.528	2	51	.593
CADI - reações ao cuidar	Com base em média	2.642	2	51	.081
	Com base em mediana	1.960	2	51	.151
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.960	2	48.128	.152
	Com base em média aparada	2.464	2	51	.095
CADI - apoios sociais e saúde	Com base em média	1.703	2	51	.192
	Com base em mediana	1.794	2	51	.177
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.794	2	49.398	.177
	Com base em média aparada	1.616	2	51	.209

ANEXO 7. Testes à normalidade das variáveis associadas aos domínios dos vários instrumentos nas categorias de motivo da dependência e testes de homogeneidade das variâncias

Tabela 1. Testes à normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Motivo	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Velhice	.168	18	.193	.933	18	.223
	Doença	.209	19	.029	.937	19	.229
	Demência	.214	6	.200*	.958	6	.804
	Outros	.199	11	.200*	.921	11	.327
WHOQOL - psicológico	Velhice	.067	18	.200*	.983	18	.976
	Doença	.161	19	.200*	.964	19	.656
	Demência	.436	6	<.001	.693	6	.005
	Outros	.174	11	.200*	.921	11	.329
WHOQOL - físico	Velhice	.144	18	.200*	.943	18	.322
	Doença	.170	19	.150	.945	19	.321
	Demência	.180	6	.200*	.960	6	.822
	Outros	.146	11	.200*	.954	11	.697
WHOQOL - meio ambiente	Velhice	.183	18	.115	.928	18	.182
	Doença	.152	19	.200*	.916	19	.096
	Demência	.222	6	.200*	.926	6	.551
	Outros	.187	11	.200*	.943	11	.552
WHOQOL - relações sociais	Velhice	.162	18	.200*	.931	18	.205
	Doença	.215	19	.021	.884	19	.025
	Demência	.225	6	.200*	.864	6	.204
	Outros	.160	11	.200*	.940	11	.522
Zarit - medida compósita	Velhice	.221	18	.021	.926	18	.168

ESSS - satisfação com os amigos	Doença	.116	19	.200*	.976	19	.894
	Demência	.243	6	.200*	.922	6	.523
	Outros	.125	11	.200*	.982	11	.978
	Velhice	.102	18	.200*	.942	18	.314
ESSS - intimidade	Doença	.137	19	.200*	.919	19	.111
	Demência	.153	6	.200*	.967	6	.872
	Outros	.225	11	.126	.852	11	.045
	Velhice	.168	18	.193	.945	18	.352
ESSS - satisfação com a família	Doença	.200	19	.043	.958	19	.543
	Demência	.167	6	.200*	.969	6	.885
	Outros	.119	11	.200*	.935	11	.465
	Velhice	.136	18	.200*	.941	18	.297
ESSS - satisfação atividades sociais	Doença	.229	19	.010	.896	19	.042
	Demência	.214	6	.200*	.950	6	.744
	Outros	.198	11	.200*	.913	11	.262
	Velhice	.179	18	.134	.919	18	.126
CADI - implicações familiares e pessoais	Doença	.177	19	.117	.937	19	.233
	Demência	.215	6	.200*	.850	6	.158
	Outros	.307	11	.005	.814	11	.015
	Velhice	.150	18	.200*	.948	18	.394
CADI - relações familiares	Doença	.150	19	.200*	.924	19	.137
	Demência	.337	6	.031	.795	6	.053
	Outros	.305	11	.005	.711	11	<.001
	Velhice	.157	18	.200*	.928	18	.177
CADI - reações ao cuidar	Doença	.111	19	.200*	.954	19	.456
	Demência	.187	6	.200*	.906	6	.413
	Outros	.218	11	.151	.889	11	.136
	Velhice	.145	18	.200*	.963	18	.651
	Doença	.168	19	.167	.915	19	.090
	Demência	.153	6	.200*	.957	6	.794

	Outros	.238	11	.081	.865	11	.068
CADI - consequências do	Velhice	.139	18	.200*	.922	18	.140
cuidar	Doença	.146	19	.200*	.951	19	.403
	Demência	.235	6	.200*	.883	6	.283
	Outros	.254	11	.046	.887	11	.128
CADI - apoios sociais e saúde	Velhice	.215	18	.027	.939	18	.282
	Doença	.134	19	.200*	.951	19	.418
	Demência	.207	6	.200*	.965	6	.856
	Outros	.216	11	.161	.851	11	.044
BARTHEL	Velhice	.214	18	.028	.853	18	.009
	Doença	.155	19	.200*	.930	19	.172
	Demência	.243	6	.200*	.958	6	.807
	Outros	.228	11	.115	.898	11	.176

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 2. Testes de homogeneidade de variâncias

		Estatística de			
		Levene	df1	df2	Sig.
WHOQOL - qualidade de vida	Com base em média	.778	3	50	.512
	Com base em mediana	.476	3	50	.700
	Com base em mediana e com gl ajustado	.476	3	37.005	.701
	Com base em média aparada	.767	3	50	.518
WHOQOL - psicológico	Com base em média	2.552	3	50	.066
	Com base em mediana	2.114	3	50	.110
	Com base em mediana e com gl ajustado	2.114	3	43.334	.112
	Com base em média aparada	2.620	3	50	.061
WHOQOL - físico	Com base em média	.069	3	50	.976

	Com base em mediana	.071	3	50	.975
	Com base em mediana e com gl ajustado	.071	3	46.296	.975
	Com base em média aparada	.076	3	50	.972
WHOQOL - meio ambiente	Com base em média	.055	3	50	.983
	Com base em mediana	.093	3	50	.963
	Com base em mediana e com gl ajustado	.093	3	46.106	.963
	Com base em média aparada	.057	3	50	.982
WHOQOL - relações sociais	Com base em média	2.098	3	50	.112
	Com base em mediana	1.417	3	50	.249
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.417	3	48.252	.249
	Com base em média aparada	2.154	3	50	.105
Zarit - medida compósita	Com base em média	2.028	3	50	.122
	Com base em mediana	1.799	3	50	.159
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.799	3	48.166	.160
	Com base em média aparada	2.103	3	50	.112
ESSS - satisfação com os amigos	Com base em média	.593	3	50	.623
	Com base em mediana	.273	3	50	.844
	Com base em mediana e com gl ajustado	.273	3	46.008	.844
	Com base em média aparada	.563	3	50	.642
ESSS - intimidade	Com base em média	1.226	3	50	.310
	Com base em mediana	1.095	3	50	.360
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.095	3	42.283	.362
	Com base em média aparada	1.189	3	50	.323
	Com base em média	.813	3	50	.493

ESSS - satisfação com a família	Com base em mediana	.725	3	50	.542
	Com base em mediana e com gl ajustado	.725	3	48.460	.542
	Com base em média aparada	.792	3	50	.504
ESSS - satisfação atividades sociais	Com base em média	1.048	3	50	.379
	Com base em mediana	.683	3	50	.567
	Com base em mediana e com gl ajustado	.683	3	37.266	.568
	Com base em média aparada	.979	3	50	.410
CADI - relações familiares	Com base em média	.956	3	50	.421
	Com base em mediana	.532	3	50	.663
	Com base em mediana e com gl ajustado	.532	3	43.198	.663
	Com base em média aparada	.958	3	50	.420
CADI - reações ao cuidar	Com base em média	2.229	3	50	.096
	Com base em mediana	1.421	3	50	.248
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.421	3	42.863	.250
	Com base em média aparada	2.070	3	50	.116
CADI - consequências do cuidar	Com base em média	.736	3	50	.535
	Com base em mediana	.447	3	50	.721
	Com base em mediana e com gl ajustado	.447	3	44.380	.721
	Com base em média aparada	.732	3	50	.538
CADI - apoios sociais e saúde	Com base em média	.063	3	50	.979
	Com base em mediana	.086	3	50	.967
	Com base em mediana e com gl ajustado	.086	3	46.156	.967
	Com base em média aparada	.072	3	50	.975
BARTHEL	Com base em média	2.260	3	50	.093

Com base em mediana	1.537	3	50	.217
Com base em mediana e com gl ajustado	1.537	3	48.459	.217
Com base em média aparada	2.244	3	50	.095

Tabela 3. Comparações múltiplas a posteriori

(I) Motivo	(J) Motivo	Diferença média (I-J)			Intervalo de Confiança 95%	
		J)	Erro Padrão	Sig.	Limite inferior	Limite superior
Velhice	Doença	-.31955	.26636	.630	-1.0274	.3883
	Demência	-1.09524*	.38174	.030	-2.1098	-.0807
	Outros	-.47403	.30992	.428	-1.2977	.3496
Doença	Velhice	.31955	.26636	.630	-.3883	1.0274
	Demência	-.77569	.37922	.185	-1.7835	.2321
	Outros	-.15448	.30681	.958	-.9698	.6609
Demência	Velhice	1.09524*	.38174	.030	.0807	2.1098
	Doença	.77569	.37922	.185	-.2321	1.7835
	Outros	.62121	.41099	.438	-.4710	1.7135
Outros	Velhice	.47403	.30992	.428	-.3496	1.2977
	Doença	.15448	.30681	.958	-.6609	.9698
	Demência	-.62121	.41099	.438	-1.7135	.4710

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.