



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**SOBRECARGA E DEPRESSÃO EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS  
DEPENDENTES**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Ana António Veríssimo dos Santos

Orientador: Professor Doutor João Evangelista de Jesus Hipólito

Número de candidata: 20151063

**Fevereiro de 2019**

**Lisboa**

**Dedico esta Dissertação**

**aos meus pais,**

**ao meu arcebispo D. Filomeno do Nascimento Vieira Dias e**

**ao meu querido Padre Xavier Valdivielso**

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela proteção, pela força, pela coragem, pela saúde, pelo amor e pela capacidade que me concedeu para a realização desta importante tarefa. A Deus e à minha mãe, Nossa Senhora de Fátima, agradeço terem-me iluminado e conduzido, permitindo-me superar as dificuldades.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor João Hipólito, pela dedicação e sabedoria, com que me conduziu na elaboração desse trabalho, sempre disposto a esclarecer-me todas as dúvidas e a apontar-me caminhos de investigação profícuos.

Agradeço a todos os professores da Universidade Autónoma de Lisboa, em especial à Professora Doutora Odete Nunes, à Professora Doutora Rute Brites, à Professora Doutora Cláudia Castro e ao Professor Doutor Reginaldo Rodrigues de Almeida pelo apoio, pela compreensão e pela disponibilidade.

Um agradecimento especial ao meu colega e amigo, Dr. Afonso de Herédia, pelo acompanhamento, pela presença amiga constante e pelo alento que me foi dando neste percurso grato e árduo.

Agradeço à Santa Casa da Misericórdia por todo apoio prestado pela Dra. Ana Catarina Pereira, pela Dra. Edna Vitorino, pela Dra. Nazaré Vasco e pela Dra. Andreia Guerreiro. Agradeço ao Centro de Dia São Maximiliano, em particular à Dra. Elsa Ribeiro Vicente ao Centro de Dia de Santo António dos Cavaleiros, em especial à Dra. Sónia Rodrigues; Dra. Carla Machado .ao Centro de Dia das Antigas Alunas de Odivelas, em particular à Dra. Andreia Martins; e ainda à Direção dos Recursos Humanos da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Doenças Mentais (APPACDM), na pessoa da Dra. Andreia Porto. Por fim, não posso deixar de deixar aqui o meu agradecimento aos cuidadores informais que aceitaram, de bom grado e prontamente, responder aos meus questionários, pois sem eles este trabalho não seria possível.

## Resumo

Pretendemos com este estudo fazer uma proposta de reflexão para um fenómeno social que exige cada vez mais atenção, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, sobretudo nos países ditos desenvolvidos. É importante que o idoso viva com qualidade a sua velhice, mas sabemos que uma idade mais avançada aumenta o risco de dependências. Quando estas surgem, a família desempenha um papel primordial. Lidar com dependências, que podem estar associadas a depressões é suscetível de originar sobrecarga em quem cuida. Esta sobrecarga agravada pode originar depressões. Com uma amostra de cinquenta cuidadores informais, da zona de Lisboa, procurámos perceber a relação entre sobrecarga e dependência entre si (H1) e estas e as características socio-demográficas dos cuidadores (H2), a dependência do idoso (H3), as necessidades percecionadas (H4) e as estratégias de *coping* (H5). Concluimos que as situações de depressão são raras, mas a sobrecarga aumenta a possibilidade de depressão, bem como as dependências mais acentuadas. As estratégias de *coping* parecem-nos refletir as características sociodemográficas, nomeadamente o nível de escolaridade médio alto que encontramos.

**Palavras chave:** cuidadores informais, sobrecarga, depressão, idosos dependentes.

## Abstract

With this study, we want to propose a careful thought on a social phenomenon that demands more and more attention, due to the aging of the population and the increase of the average life expectancy, especially in the so called developed countries. It is important that the elderly live their old age with quality, but we know that a more advanced age increases the risk of dependencies. When these arise, the family plays a key role. Dealing with dependencies, which may be associated with depressions, can lead to burden on the caregiver. The aggravated burden can originate depressions. With a sample of fifty informal caregivers from the Lisbon's area, we tried to understand the relationship between burden and dependence (H1) and between these and the socio-demographic characteristics of the caregivers (H2), the elderly's dependence (H3), the needs (H4) and *coping* strategies (H5). We conclude that depressive conditions are rare, but the burden increases the possibility of depression, as well as the more pronounced dependencies. *Coping* strategies seem to reflect the socio-demographic characteristics, namely the level of high average schooling that we have found.

**Keywords:** informal caregivers, burden, depression, elderly dependent.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	2
<b>Resumo</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Índice de Tabelas</b> .....	9
<b>SIGLAS</b> .....	12
<b>Introdução</b> .....	15
<b>CAPÍTULO I</b> .....	17
<b>A Depressão</b> .....	17
<b>1.1. Perturbações Mentais</b> .....	18
<b>1.2. Formas de Depressão</b> .....	21
<b>1.3. A Etiologia das Perturbações Depressivas</b> .....	23
<b>1.4. As Perturbações Depressivas nas Várias Fases da Vida</b> .....	28
<b>1.5. A Prevenção das Perturbações Depressivas</b> .....	31
<b>CAPÍTULO II</b> .....	34
<b>A Dependência e a Depressão no Idoso</b> .....	34
<b>2.1. As Demências na Velhice</b> .....	36
<b>2.1.1. Demência de Alzheimer</b> .....	39
<b>2.1.2. Demência de Parkinson</b> .....	40
<b>2.2. Sintomatologia dos Estados Demenciais</b> .....	41
<b>CAPÍTULO III</b> .....	45
<b>Cuidadores Informais</b> .....	45
<b>3.1. A Desinstitucionalização dos Idosos na Europa</b> .....	45
<b>3.2. Medidas Políticas de Reconhecimento Social dos Cuidadores Informais</b> .....	46
<b>3.3. A Situação de Portugal em Particular</b> .....	47
<b>3.3.1. As estruturas de apoio social em Portugal aos idosos</b> .....	49
<b>3.4. Caracterização dos Cuidadores Informais</b> .....	50
<b>3.5. Tarefas Exercidas pelos Cuidadores Informais</b> .....	53
<b>3.6. Repercussões Negativas da Prestação de Cuidado</b> .....	56
<b>3.6.1. A sobrecarga</b> .....	56
<b>3.6.1.1. Fatores agravantes da sobrecarga</b> .....	60
<b>3.6.2. A depressão</b> .....	63
<b>3.7. Repercussões Positivas da Prestação de Cuidados</b> .....	64

3.8. O <i>Coping</i> nos Cuidadores Informais.....	67
3.8.1. Alguns instrumentos para avaliar as repercussões da prestação de cuidados e <i>coping</i> .....	69
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	73
<b>Metodologia, Objetivos e Hipóteses</b> .....	73
4.1. Questionários de Redação Própria .....	75
4.2. Entrevista de Zarit .....	76
4.3. Inventário da Depressão de Beck (BDI) .....	77
4.4. Índice de Barthel (IB).....	79
4.5. Escala de <i>Toulouse</i> de <i>coping</i> (Versão Reduzida).....	82
4.6. Objetivos.....	84
4.7. Hipóteses.....	85
<b>CAPÍTULO V</b> .....	86
<b>Resultados</b> .....	86
5.1. Género e parentesco .....	87
5.2. Doença do dependente.....	88
5.3. Anos da Prática do Cuidar .....	89
5.4. A Partilha do Cuidar .....	89
5.5. O Grau de Escolaridade do Cuidador .....	90
5.6. A Situação Profissional do Cuidador.....	91
5.7. Razões do Cuidar.....	91
5.8. Satisfação do Cuidar .....	92
5.9. Entrevista de Zarit .....	93
5.10. Inventário da Depressão de Beck .....	93
5.11. Índice de Barthel (IB).....	94
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	95
<b>Discussão e Análise dos Resultados</b> .....	95
6.1. Género .....	97
6.1.1. Relação entre o género e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	97
6.1.2. Relação entre o género e o nível de depressão (BDI).....	97
6.2. Idade .....	98
6.2.1. Relação entre a idade dos cuidadores e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	98
6.2.2. Relação entre a idade dos cuidadores e o nível de depressão (BDI).....	99
6.3. Doença .....	100
6.3.1. Relação entre a doença do dependente e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	100
6.3.2. Relação entre a doença do dependente e o nível da depressão (BDI) .....	100
6.4. Número de anos do cuidar .....	102

6.4.1. Relação entre o número de anos do cuidado e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .	102
6.4.2. Relação entre o número de anos do cuidado e o nível de depressão (BDI).....	103
6.5. Número de Dias Semanais do Cuidar .....	103
6.5.1. Relação entre o número de dias semanais do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	103
6.5.2. Relação entre o número de dias semanais do cuidar e o nível de depressão (BDI) .....	104
6.6. Partilha do Cuidar .....	105
6.6.1. Relação entre a partilha do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	105
6.6.2. Relação entre a partilha do cuidar e o nível de depressão .....	105
6.7. Situação Profissional .....	106
6.7.1. Relação entre a situação profissional e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	106
6.7.2. Relação entre a situação profissional e o nível de depressão (BDI) .....	107
6.7.3. Relação entre a situação profissional e o número de horas do cuidar .....	107
6.7.4. Relação entre a situação profissional e o número de dias semanais do cuidar .....	108
6.7.5. Relação entre a situação profissional e a partilha do cuidar .....	109
6.8. Satisfação .....	110
6.8.1. Relação entre a satisfação do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	110
6.8.2. Relação entre a satisfação do cuidar e o nível de depressão (BDI) .....	111
6.9. Necessidades dos Cuidadores .....	111
6.10. Validação dos Instrumentos .....	113
6.10.1. Validação da Entrevista de Zarit .....	113
6.10.2. Validação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) .....	116
6.10.3. Validação do Índice de Barthel (IB).....	119
6.10.4. Validação da Escala de Toulouse de coping (Versão Reduzida) .....	122
6.11. Formas de <i>Coping</i> Mais Utilizadas pelos Cuidadores .....	126
Capítulo VII .....	127
Discussão das hipóteses formuladas.....	127
7.1. Relação entre a Sobrecarga dos Cuidadores e o Nível de Depressão Destes (H1) .....	127
7.2. Relação entre o Nível de Sobrecarga e Depressão dos Cuidadores, por um lado, e a Idade, a Situação Profissional e a Escolaridade, por outro (H2) .....	128
7.3. Relação entre o Grau de Dependência do Idoso e o Nível de Sobrecarga e Depressão dos Cuidadores (H3).....	129
7.4. Relação entre as Necessidades Percebidas pelo Cuidador e os Níveis de Sobrecarga e a Depressão (H4) .....	131
7.5. Relação entre as Estratégias de <i>Coping</i> e o Nível de Sobrecarga e de Depressão dos Cuidadores (H5) .....	134
Conclusão .....	137



<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO 1 - Questionário de caracterização do cuidador e do idoso dependente.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 2 - Questionário das necessidades do cuidador informal de um idoso dependente.....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO 3 - Entrevista de Zarit (sobrecarga do cuidador).....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO 4 - Inventário de Depressão de Beck (BDI).....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 5 - Índice de Barthel (BI) .....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 6 - Escala de <i>Toulouse</i> de <i>coping</i> (versão reduzida) .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO 7 - Carta de Consentimento Informado .....</b>	<b>163</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Fatores etiológicos das perturbações depressivas, segundo Jenkins (2010) .....	27
Tabela 2. Vinte sintomas passíveis de serem considerados depressivos, segundo Gomes et al. (1986) .....	33
Tabela 3. Pontuação do Índice de Barthel Modificada (extraído de Apóstolo, 2012, p. 18).....	81
Tabela 4. Relação entre as estratégias e os campos de ação, informação e emoção (extraído de Tap, Costa e Alves, 2005, p. 49).....	83
Tabela 5. Parentesco entre cuidador e dependente .....	88
Tabela 6. Doença do idoso dependente.....	88
Tabela 7. Anos da prática do cuidar.....	89
Tabela 8. Partilha de tarefas do cuidador .....	90
Tabela 9. Grau de escolaridade do cuidador .....	90
Tabela 10. Situação profissional dos cuidadores .....	91
Tabela 11. Razões evocadas para ser cuidador .....	92
Tabela 12. Satisfação obtida pelos cuidadores com o trabalho de cuidar.....	92
Tabela 13. Entrevista de Zarit .....	93
Tabela 14. BDI.....	93
Tabela 15. IB.....	94
Tabela 16. Níveis de sobrecarga por género do cuidador (Entrevista de Zarit).....	97
Tabela 17. Níveis de depressão por género do cuidador (BDI) .....	98
Tabela 18. Nível de sobrecarga por idade (Entrevista de Zarit) .....	99
Tabela 19. Nível de depressão por idade (BDI).....	99
Tabela 20. Níveis de sobrecarga do cuidador por doença do cuidado (Entrevista de Zarit) .....	100
Tabela 21. Níveis de depressão do cuidador por doença do cuidado (BDI) .....	101
Tabela 22. Nível de sobrecarga por anos de cuidado (Entrevista de Zarit) .....	102
Tabela 23. Nível de depressão por anos de cuidado (BDI).....	103
Tabela 24. Níveis de sobrecarga por dias de cuidado na semana (Entrevista de Zarit).....	104
Tabela 25. Níveis de depressão por dias de cuidado na semana (BDI) .....	104
Tabela 26. Relação entre a partilha do cuidado e os níveis de sobrecarga (Entrevista de Zarit).....	105
Tabela 27. Relação entre a partilha do cuidado e os níveis de depressão (BDI) .....	106
Tabela 28. Níveis de sobrecarga por situação profissional (Entrevista de Zarit) .....	106

Tabela 29. Níveis de depressão por situação profissional (BDI) .....	107
Tabela 30. Número de horas diárias de cuidado por situação profissional.....	108
Tabela 31. Dias de cuidado na semana por situação profissional.....	109
Tabela 32. Relação entre a partilha do cuidado e a situação profissional.....	109
Tabela 33. Relação entre a satisfação pelo ato de cuidar e os níveis de sobrecarga (Entrevista de Zarit) .....	110
Tabela 34. Relação entre a satisfação pelo ato de cuidar e os níveis de depressão (BDI).....	111
Tabela 35. As necessidades sentidas pelos cuidadores .....	113
Tabela 36. Principais medidas estatísticas dos itens da Entrevista de Zarit .....	114
Tabela 37. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (Entrevista de Zarit).....	115
Tabela 38. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (Entrevista de Zarit) .....	116
Tabela 39. Correlação entre as dimensões e a dimensão global, média e desvio padrão (Entrevista de Zarit) .....	116
Tabela 40. Principais medidas estatísticas dos itens do (BDI) .....	117
Tabela 41. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratório, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (BDI) .....	118
Tabela 42. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (BDI) .....	119
Tabela 43. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio Padrão (BDI).....	119
Tabela 44. Principais medidas estatísticas dos itens da Escala Modificada de Barthel.....	120
Tabela 45. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (IB) .....	121
Tabela 46. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (IB) .....	121
Tabela 47. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio padrão (IB).....	122
Tabela 48. Principais medidas estatísticas dos itens da Escala de Toulouse de coping .....	123
Tabela 49. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada .....	124
Tabela 50. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach.....	125
Tabela 51. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio padrão .....	125
Tabela 52. Estratégias de coping mais comuns .....	126
Tabela 53. Relação entre níveis de sobrecarga e níveis de depressão (Entrevista de Zarit).....	127
Tabela 54. Correlações estatísticas de Spearman (H2) .....	129

Tabela 55. Relação entre os níveis de depressão dos cuidadores e os níveis de dependências dos cuidados (IB).....	130
Tabela 56. Relação entre os níveis de sobrecarga dos cuidadores e os níveis de dependências dos cuidados: .....	131
Tabela 57. Cálculo da média das necessidades sentidas pelo cuidador .....	132
Tabela 58. Correlação entre as necessidades, pontuação de Zarit e Beck .....	133
Tabela 59. Cálculo das médias das estratégias de coping.....	135
Tabela 60. Correlação entre coping, pontuação de Zarit e Beck .....	136

## **SIGLAS**

**AAVD** - Atividades Avançadas da Vida Diária

**ABVD** - Atividades Básicas da Vida Diária

**AIVD** - Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD** - Atividade de Vida Diária

**APPADM** - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

**BDI** - Inventário da Depressão de Beck

**CADI** - Carers' Assessment of Difficulties Index

**CAMI** - Caregivers' Assessment Management Index

**CASI** - Carers Assessment of Satisfactions Index

**CEE**- Comunidade Económica Europeia

**CSI** - Caregiver Strain Index

**DFD** - Desvio Funcional Depressivo

**DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EGD/GDS** - Escala de Depressão Geriátrica

**ERS** - Entidade Reguladora de Saúde

**ESSS** - Escala de Satisfação com o Suporte Social

**ESC** – Escala de Sobrecarga do Cuidador

**IB** - Índice de Barthel

**ICD-10** - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PILAR** – Programa Idoso em Lar

**PROGRIDE** – Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

**QASCI** – Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário

**WHO** - World Health Organization

**SOBRECARGA E DEPRESSÃO**

**EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES**

## **Introdução**

Realizámos um estudo sobre a sobrecarga e a depressão nos cuidadores informais de idosos dependentes, porque nos pareceu que muito há ainda que dizer a respeito de um conjunto de pessoas, cujo número nem sequer é conhecido com precisão e que são muitas vezes esquecidas no tecido social. O envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida impõem-nos o dever de pensar em quem cuida dos idosos, que são cada vez em maior número. As políticas internacionais, em defesa do idoso, que passaram por reuniões das Nações Unidas subordinadas a este tema (1991), uma Carta Europeia a Idosos (1992), a criação de um Ano Europeu do Idoso (1993), o surgimento do conceito de Envelhecimento Ativo (2002) refletem um desejo de valorizar o papel social do idoso. No entanto, sabemos que, com o avançar dos anos, aumenta a possibilidade de dependências. E quando estas chegam, em maior ou menor grau, as famílias são quem desempenha o papel mais importante na preservação da qualidade de vida destes idosos.

Começámos o nosso estudo por explicar num primeiro capítulo a depressão, independentemente da idade de quem dela sofre. Quisemos sucintamente referir as patologias principais e classificá-las, na medida do possível, tendo em conta que há algumas discrepâncias entre os autores neste âmbito. Referir as formas de depressão e a sua etiologia principal pareceu-nos fundamental num estudo que pretende analisar a presença de depressão nos cuidadores informais. No entanto, neste capítulo, relacionamos também as perturbações depressivas com as várias fases da vida e realçamos a importância de prevenir situações de perturbações depressivas.

Num segundo capítulo, falámos da dependência e depressão no idoso, porque este fenómeno é fulcral para melhor refletirmos sobre a situação dos cuidadores. Na realidade, é muito importante perceber que os cuidadores tratam de dependentes com grande risco de depressão. Assim, referimos as demências na velhice, destacando as de Alzheimer e de Parkinson, pela sua frequência.

No terceiro capítulo, ocupámo-nos dos cuidadores informais, começando por os enquadrar do ponto de vista social no processo de desinstitucionalização dos idosos na Europa. A situação em



Portugal mereceu-nos particular atenção, já que foi neste país que fizemos o nosso estudo prático. Caracterizámos de forma global os cuidadores informais, comentando as tarefas por estes exercidas e a seguir refletimos sobre as repercussões do cuidar. Primeiro, mencionámos os efeitos negativos desta prestação de cuidados, que na realidade podem consistir em situação de sobrecarga ou em situação de depressão. A seguir, mencionámos os efeitos positivos da prestação de cuidados. As estratégias de *coping* usadas pelos cuidadores informais para enfrentar dificuldades e tensões levaram-nos a elencar alguns instrumentos que permitem avaliar as repercussões da prestação de cuidados.

No quarto capítulo apresentamos a metodologia adotada, os objetivos e as hipóteses do nosso estudo. No âmbito metodológico realizámos, por elaboração própria, dois questionários, um para caracterizar, do ponto de vista socio-demográfico, o cuidador, e outro para perceber quais as necessidades por este sentidas no ato de cuidar. Para avaliar a presença de sobrecarga recorremos à Entrevista de Zarit e para detetar as situações de depressão, e o seu grau, usámos o Inventário da Depressão de Beck. O estudo da dependência do idoso foi efetuado com o Índice de Barthel e as estratégias de *coping* do cuidador com a aplicação da Escala de *Toulouse* (versão reduzida).

Delineámos cinco hipóteses, definidos os objetivos, que consistem em estudar a relação: entre sobrecarga nos cuidadores e depressão (H1); entre o nível de sobrecarga e de depressão, por um lado, e, por outro, as características socio-demográficas do cuidador (H2); entre sobrecarga e depressão e o grau de dependência do idoso (H3); entre sobrecarga e depressão e as necessidades sentidas pelos cuidadores (H4); e entre sobrecarga e depressão e as estratégias de *coping*.

No capítulo V, apresentamos os resultados, que discutimos e analisamos no penúltimo capítulo. Por fim, no capítulo VI, discutimos as hipóteses formuladas.

Todos os textos citados em língua estrangeira são por nós traduzidos em nota.

## CAPÍTULO I

### A Depressão

O termo depressão deriva etimologicamente do latim *depressionem*, proveniente do verbo *deprimere*, que significa “abaixar” ou “fazer descer” (Gaffiot, s/d). Do ponto de vista clínico, o conceito aplica-se a alterações no estado afetivo, em sentido negativo: um abaixamento do ponto de vista psicológico. Esta situação nem sempre é diagnosticada nem reconhecida pelo próprio; e tem vários graus de gravidade e de duração. A nível global, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, o que equivale a 4,4% da população mundial, sofre de depressão, havendo uma tendência para este número aumentar sobretudo em países com um nível socioeconómico baixo (Carvalho, 2017, p. 4). Embora não seja a idade nem o estrato social que condicione o surgimento de depressões, estas têm maior prevalência em situações de pobreza, desemprego, infortúnios de vida (por exemplo, a morte de entes queridos, ruturas nos relacionamentos afetivos, separações, doenças, notícias graves, entre outros fatores desestruturantes) e sequelas advindas do consumo do álcool e das drogas, que já indiciam a existência de problemas (Carvalho, 2017, p. 4).

As perturbações depressivas caracterizam-se por tristeza, perda de interesses, incapacidade de desfrutar de momentos agradáveis, sentimento de culpa, autoestima baixa ou inexistente, insónias, falta de apetite, cansaço extremo, dificuldade de concentração, entre outros sintomas, que prejudicam profundamente o equilíbrio e a inserção na comunidade. Em geral, estas pessoas têm dificuldade em trabalhar e/ou estudar, em suma, não conseguem lidar com a vida diária, surgindo, em alguns casos mais graves, a ideação suicida (Carvalho, 2017, p. 13-4).

A depressão pode ser, em si mesma, uma síndrome, sem associação a outras patologias (depressão primária) ou pode estar associada a outras doenças (depressão secundária). Gomes et al. (1986) distinguem entre depressão primária e secundária. Segundo o ICD-10 (Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde), a depressão é

referida no capítulo V, sobre perturbações mentais e comportamentais, com os códigos F32, episódio depressivo, e F33 perturbação depressiva recorrente (WHO, 2010).

### 1.1. Perturbações Mentais

BarracloUGH e Gill (1997) usam o termo neurose para se referirem às reações exageradas surgidas como resposta ao stress<sup>1</sup>, que consideram mais comuns na fase inicial da vida adulta, considerando-as mais frequentes no sexo feminino. Explicam, contudo, que o termo “neurose” tem sido “desencorajado nas classificações oficiais recentes” (p. 57). Lembremos que no ICD-10 a divisão tradicional entre neurose e psicose, que se encontrava no ICD-9 não foi usada; no entanto, o termo é usado para designar um grupo de perturbações do F40-F48 “(perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e somatoformes” (WHO, 1992).

BarracloUGH e Gill (1997) incluem nas neuroses as seguintes condições: estados gerais de ansiedade; perturbações de pânico; fobias específicas (agorafobia ou outras), perturbações obsessivo-compulsivas e reações ao stress, nas quais incluem as respostas de adaptação e o stress pós-traumático. Realçam que a ansiedade é comum a todas estas perturbações.

Dalmaz e Quillfeldt (2008) consideram que, em termos de perturbações mentais, existem as de ansiedade, as de humor e a esquizofrenia. As perturbações de ansiedade abrangem: o pânico, a agorafobia (medo de lugares públicos) e a perturbação obsessivo-compulsiva (TOC); no âmbito das perturbações do humor, estes autores referem a depressão *major* e a perturbação bipolar.

Paulino e Godinho (2016), ao estudarem as perturbações de ansiedade, falam de perturbações agudas de stress (resposta com a duração média de três dias a acontecimentos stressantes), perturbação pós-stress traumático (conceito que se tem ampliado desde 1980 no sentido de abranger as catástrofes naturais e os acidentes graves), perturbações de adaptação (reações psicológicas de

---

<sup>1</sup> O modelo transacional de Lazarus (Sequeira, 2018, p. 248) define o stress como “uma relação entre a pessoa e o ambiente, relação esta que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos”.

adaptação das novas circunstâncias), perturbações de ansiedade generalizadas (preocupação marcada, desajustada e constante em resposta a acontecimentos quotidianos), perturbações de pânico (surgimento de ansiedade intensa que provoca alterações somáticas e previsão de situações calamitosas), agorafobia (ansiedade sentida em espaços públicos muito frequentados), perturbações fóbicas (medo inexplicável de um objeto ou de uma circunstância), perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações dissociativas.

O ICD-10 no capítulo V sobre perturbações mentais e comportamentais enumera os episódios maníaco depressivos (F30), as perturbações afetivos bipolares (F31), os episódios depressivos (F32), as perturbações depressivas recorrentes (F33), as perturbações de humor persistentes (F34), outras perturbações de humor (F38) e as perturbações de humor não especificadas (F39).

Costa e Maltez (2016) explicam, de forma resumida, que no DSM IV subdividem-se as síndromes depressivas em episódio depressivo major, que dura pelo menos quinze dias, e é uma síndrome isolada; e a perturbação depressiva major, que pode ser um episódio único ou ser recorrente. As perturbações crónicas, ou seja, com mais de dois anos, recebem o nome de perturbações distímicas. O humor depressivo definido como “um sentimento monótono de tristeza” é, para estes autores (2016, p. 836), a perturbação característica da depressão. Costa e Maltez (2016) enumeram na descrição que fazem do quadro clínico da depressão: indiferença afetiva, pessimismo, sentimentos de culpa ou ideias de ruína, inibição psicomotora, tendência para o mutismo, por falta de vontade de interagir (quadro de estupor depressivo) e ideias delirantes.

Segundo Grevet e Knijkik, citado por Lucas e Ferreira (2014) verifica-se uma perturbação do humor quando a alteração emocional excede as duas semanas. Geddes e Sharpe (2007) consideram que estas perturbações se repercutem nas atividades diárias, nas quais provocam um défice.

As doenças de humor são definidas por Lucas e Ferreira (2014, p. 14) como “distúrbios psicológicos de intensas experiências de depressão, mania ou ambas”. Englobam, segundo estes

autores, quer as perturbações bipolares, como a mania e a depressão bipolar, quer as perturbações unipolares, como a perturbação depressiva major e a perturbação distímica.

Dalmaz e Quillfeldt (2008) dizem que as perturbações bipolares também recebem o nome de perturbações maníaco-depressivas, as quais são acompanhadas de outros sintomas como a loquacidade, a insónia, uma autoestima exagerada, tendência para o alheamento, hiperatividade, tendência para comportamentos de risco e excessivos. Geddes e Sharpe (2007, p. 177) explicam que, na depressão bipolar, “a frequência e a magnitude das mudanças é muito variável, embora, mais tarde ou mais cedo, a depressão venha sempre a ocorrer”.

Na depressão major explicam estes mesmos autores que há uma quebra de interesse em todas as atividades e surgem sintomas como a falta de sono, ou o seu contrário, a fadiga, a dificuldade de concentração, ideias obsessivas sobre a morte, falta de apetite, ou o seu contrário. Os terapeutas consideram que se está perante uma situação de depressão major sempre que os sintomas perdurem duas semanas.

As perturbações distímicas têm uma natureza crónica e não desaparecem sem tratamento. Apesar de serem menos incapacitantes do que a depressão major, como explicam Lucas e Ferreira (2014), a sua duração é maior (pelo menos dois anos). Os sintomas que os distímicos apresentam, do ponto de vista cognitivo, são uma “auto desvalorização e auto culpabilização, podendo incluir-se neste domínio alterações subjetivas de memória, atenção e velocidade de pensamento e raciocínio” (Lucas e Ferreira, 2014, p. 20). Do ponto de vista afetivo, “humor deprimido, choro, sentimentos de desânimo, vazio, apatia ou irritação, enquanto que, na vertente comportamental, pode verificar-se, entre outros sintomas, isolamento social” (Lucas e Ferreira, 2014, p. 20). No âmbito fisiológico pode haver perturbações de sono e de apetite (hiperfagia ou hipofagia) e alterações na libido.

A depressão major e a distimias são mais comuns nas mulheres do que nos homens (Dalmaz e Quillfeldt, 2008). Bondy (2002, p. 8) para a depressão major refere um *ratio* mulher-homem de 5/2, realçando que cerca de dois terços destes doentes não recebem tratamento.

Dalmaz e Quillfeldt (2008) indicam como tratamentos para as perturbações de humor: a psicoterapia, a eletroconvulsoterapia, os antidepressivos e o lítio.

Geddes e Sharpe (2007) acerca da perturbação depressiva, seguindo o ICD-10, distinguem a perturbação depressiva recorrente e a distímia, cujos sintomas são ligeiros e persistentes; no entanto, nem sempre é fácil fazer-se esta diferença. Dizem estes autores que a distímia foi reclassificada como uma perturbação depressiva com alguma evidência genética.

## **1.2. Formas de Depressão**

Referem Gomes et al. (1986) que não é fácil estabelecer a fronteira entre as várias formas de se deprimir, que, segundo estes autores, são: a depressão reativa, a endógena e a personalidade neurótica depressiva. A primeira advém de uma reação do organismo a uma situação adversa, fonte de tristeza, pessimismo, desânimo, frustração, como a perda de um ente querido, uma crise afetiva ou profissional. Neste caso, como explicam Gomes et al., a terapêutica atua, em geral, de forma rápida e eficaz.

Na depressão endógena, não é preciso que se verifiquem fatores exteriores adversos, uma vez que ela resulta da tendência do doente para sentir, de forma prolongada, um estado de tristeza irremediável. As personalidades neuróticas depressivas manifestam-se por reação a um acontecimento frustrante e verificam-se em pessoas muito dependentes de que se passa em volta delas, manifestando acentuada vulnerabilidade à frustração e grande ansiedade (Gomes et al., 1986).

Como explicam Costa e Maltez (2016), esta perspetiva dualista tem sido objeto de reflexão e discussão: Lange (1926) distinguiu entre depressão endógena e depressão exógena. Gillespie (1929), optou pelos termos depressão autónoma e depressão reativa; Buzzard (1930) diferenciou a depressão psicótica da neurótica; Pollit (1965) estabeleceu a distinção entre depressão fisiológica (tipo S) e a psicológica (tipo J); Van Praag (1965) falou em depressão vital e pessoal. Trata-se de uma dicotomia controversa, porque, como dizem Costa e Maltez (2016, p. 830) “muitas depressões ditas endógenas têm na sua história acontecimentos vitais desencadeantes”. A impossibilidade, segundo alguns autores,

de demonstrar a dicotomia endógeno-neurótico vs. reativo levou a que surgissem perspectivas dimensionais (Costa e Maltez, 2016). Alonzo-Fernandez (1976) referido por Costa e Maltez (2016, p. 830) propôs “uma dicotomia etiopatogénica (depressões endógenas vs. depressões endo-vivenciais e endorreativas), sintomatológica (depressões típicas vs. depressões larvadas ou atípicas) e evolutiva (evolução circular ou bipolar vs. evolução monopolar”.

Apesar de polémico, Costa e Maltez (2016, p. 831) consideram o termo “endógeno” útil no plano heurístico, relacionando-o com as características melancólicas do episódio depressivo maior, descritas no DSM IV: “qualidade particular de humor deprimido, agravamento matinal, insónia terminal, intensa lentificação ou agitação, anorexia significativa ou perda de peso, ideias de culpa excessivas ou inapropriadas”.

Em alternativa à dicotomia endógena vs. reativa, Robins et al. (1972) propôs a classificação primária vs. secundária e Leonhard (1957) a classificação unipolar vs. bipolar, como explicam Costa e Maltez (2016). Na primária não existem antecedentes psiquiátricos nem comorbilidade, ao contrário do que se verifica na secundária, em que há um quadro clínico de perturbações físicas e psiquiátricas concomitantes. Mas como dizem Costa e Maltez (2016, p. 832) “a relação entre fatores somáticos e depressão carece de elucidação”. Na diferenciação unipolar e bipolar, Costa e Maltez (2016) destacam alguns aspetos mais importantes que as diferenciam, nomeadamente a idade de início, a inserção num quadro familiar com perturbações bipolares, a inibição psicomotora, a duração dos episódios, as recidivas e a reação ao lítio.

Costa e Maltez (2016) referem ainda a classificação de Winokur (1974), que distinguiu entre doença do espectro depressivo e doença depressiva pura; Fieve e Dunner (1975), referidos por aqueles, subdividiram em vários grupos bipolar e unipolar, conforme a gravidade; e Akiskal (1980) encontrou no grupo das depressões crónicas três categorias, que são as depressões primárias, as depressões caracteriológicas e as disforias secundárias.

Segundo Geddes e Sharpe (2007), existe a depressão ligeira, também designada perturbação mista de ansiedade e depressão; a depressão moderada; a depressão grave e, por fim, a depressão psicótica ou psicose depressiva. A primeira é a mais frequente e não implica uma perda total de capacidade de responder ou reagir positivamente às situações. Na verdade, a pessoa com uma depressão ligeira pode continuar a sentir-se animada quando recebe boas notícias e experiênciamomentos gratificantes. Neste caso, é frequente conseguir manter uma atividade profissional regular, ainda que sintamais a fadiga. A autoagressão, como a ideação suicida, é rara.

Na depressão moderada, o humor é afetado negativamente e podem surgir diversas perturbações somáticas, como perda de apetite, de peso, de libido, de sono; lentificação motora; obstipação e amenorreia. Do ponto de vista psíquico, é frequente a anedonia (falta de prazer na realização de atividades), a dificuldade de concentração, a ideação suicida, a ansiedade e o isolamento social (Geddes e Sharpe, 2007). Nestes casos o ritmo de trabalho pode ficar afetado, pois a pessoa tem dificuldade de realizar as suas atividades de forma adequada. Na depressão grave intensificam-se o quadro da depressão moderada, aparecendo muitos outros sintomas somáticos.

A depressão psicótica é explicada por Geddes e Sharpe (2007, p. 171) como sendo a depressão “no seu grau mais grave”. Nesta os delírios são comuns: muitas vezes o doente julga que está morto ou que perdeu alguns órgãos. Trata-se da síndrome de Cotard (1882), também conhecida por delírio de negação. Além disso, pode ter alucinações auditivas, ouvindo vozes que o maltratam. Com o agravamento da lentificação motora, muito comum neste tipo de depressão, o doente pode morrer de fome ou de desidratação, ao ficar imóvel e mudo (estupor depressivo).

### **1.3. A Etiologia das Perturbações Depressivas**

Existem vários fatores dos quais resultam as perturbações depressivas. Como explicam Gomes et al. (1986) não se pode falar de monocausalidade linear direta. A etiologia é sempre múltipla e interage entre si. Bondy (2002, p.7) classifica a depressão como um “fenómeno complexo, com muitos subtipos



e provavelmente mais do que uma etiologia”. Geddes e Sharpe (2007) apontam fatores biológicos, dentro dos quais inserem os genéticos, as perturbações orgânicas de humor e as alterações neuroquímicas; os fatores psicológicos, nos quais são determinantes o ambiente na infância, caso haja privação emocional, com ou sem morte dos pais, os comportamentos, pensamentos e emoções anormais, o desamparo aprendido e a tendência para experimentar emoções negativas (neuroticismo); e os fatores sociais, como os reveses da vida, que podem passar pela perda de emprego ou de um ente querido. Do ponto de vista genético, desconhecem-se o número e a identidade dos genes, mas calcula-se, segundo Geddes e Sharpe (2007) que se possa falar em 40% a 50% de predisposição para a hereditariedade. Esta tendência genética pode associar-se aos diversos tipos de perturbações depressivas. Bondy (2002, p. 9) considera que as perturbações bipolares têm uma possibilidade de hereditariedade de mais de 80%.

Gomes et al. (1986) falam em fatores hereditários, constitucionais e de personalidade básica, fatores psicodinâmicos e ainda bioquímicos. Estes autores associam os fatores hereditários, tal como Geddes e Sharpe (2007), tanto às perturbações unipolares como às bipolares. A relação que Gomes et al. estabelecem entre fatores constitucionais e a personalidade básica remonta a Kretschmer (1888-1964), médico, estudioso das doenças mentais, que articulou a constituição física do indivíduo com a sua personalidade. Assim os pícnicos (gordos e baixos) teriam tendência para a psicose maníaco-depressiva, enquanto os asténicos ou leptossómicos (magros e indolentes) teriam predisposição para a esquizofrenia. Aquilo que Gomes et al. consideram fatores psicodinâmicos é o que Geddes e Sharpe (2007) designam fatores sociais. As alterações na vida quotidiana danificam gravemente a autoestima do indivíduo, provocando uma regressão da sua libido que pode levar a um corte total com o exterior. O doente pode cair num ensimesmamento idêntico ao da psicose. É mais frequente, todavia, segundo estes autores, que o indivíduo, tirando casos extremos de melancolia, mantenha a ligação “com objetos exteriores como tentativa, com maior ou menor sucesso, de quebrar aquele círculo e de readquirir o mundo objetal perdido” (Gomes et al. 1986, p. 285). Como exemplo das perdas de objetos exteriores,

estes autores referem a perda, por morte ou afastamento, de alguém especialmente querido, bem como as mudanças inesperadas (com ou sem despedimento) da situação profissional que era gratificante. No que diz respeito aos fatores bioquímicos, Gomes et al. destacam a importância da serotonina e das catecolaminas e da interação das monoaminas, hormonas e eletrólitos, controladas pelos antidepressivos.

Barraclough e Gill (1997), quando discorrem sobre as neuroses, falam em fatores genéticos, dando grande importância ao ambiente familiar nos primeiros anos de vida; fatores psicológicos e bioquímicos; fatores de personalidade e de stresse social, que consistem nas adversidades surgidas durante a vida adulta, como as dificuldades matrimoniais.

Jenkins (2010) distingue os fatores de predisposição, dos de precipitação e dos de manutenção. Entre os primeiros, os de predisposição, refere os biológicos, os sociais e os psicológicos. Considera que se incluem nos fatores biológicos tanto a hereditariedade, como as lesões intrauterinas, as privações físicas durante a infância e os traumatismos de parto. Os fatores de predisposição sociais são exemplificados com situações de privação emocional, experienciadas na infância ou durante a vida adulta, sentidas de forma prolongada, e não apenas no momento em que ocorrem, com a perda dos pais, dos filhos ou de um cônjuge, e com problemas persistentes na vida profissional ou na vida conjugal e ainda com a falta de apoio familiar e social, quando surgem contratempos. Os fatores de predisposição psicológicos, segundo Jenkins (2010), podem ser a falta de autoestima, a visão pessimista da vida, a existência de modelos parentais problemáticos pelo seu comportamento violento ou por doenças mentais.

Os fatores de precipitação são os que despoletam a doença. Têm também as três vertentes: biológica, social e psicológica. Os fatores biológicos de precipitação das perturbações depressivas incluem o surgimento de tumores malignos ou de outras doenças de gravidade acentuada, infeções súbitas e lesões que provoquem determinadas incapacidades. Os fatores sociais são coincidentes com os que anteriormente referimos, no âmbito da predisposição social, ou seja, são também perdas afetivas

ou dificuldades profissionais; a diferença em relação aos anteriores consiste no facto de estes, os de precipitação, serem sentidos no seu imediatismo, ou seja, a depressão surge imediatamente na sequência destes acontecimentos. Jenkins (2010) entende como fatores psicológicos de precipitação as reações desajustadas aos fatores biológicos e sociais que acabámos de referir.

Os fatores de manutenção são os que atrasam a recuperação, fazendo a doença arrastar-se no tempo. Mantêm, segundo Jenkins (2010), as três vertentes. Os fatores biológicos são exemplificados com o surgimento de incapacidades, sobretudo no âmbito sensorial, que afetam fortemente a autoestima do indivíduo. Os fatores de manutenção social abrangem a falta de apoio em casa, no trabalho ou entre os amigos, para aliviar a ansiedade e ajudar a enfrentar melhor as situações de stresse a que a vida está sujeita nos seus vários domínios (o familiar, o profissional, o social). Os fatores de manutenção psicológicos incluem a falta de autoestima, a qual, ao mesmo tempo que surge como um fator de predisposição, também é um fator de manutenção da depressão. Estes fatores abrangem ainda as dúvidas que o indivíduo possa sentir sobre a hipótese de recuperar. Na verdade, quem não acredita que pode melhorar nunca melhorará totalmente, porque encontrará sempre forma de se sentir doente. São fatores psicológicos de manutenção, referidos por Jenkins (2010), a hipocondria, ou seja, a tendência mórbida que certos indivíduos têm para considerar que todas as alterações físicas que sentem são manifestações nosológicas, criando assim, como consequência, uma dependência relativamente ao sistema de saúde. Nestes casos é frequente que estes indivíduos pertençam a famílias com extensos ficheiros nos departamentos dos Serviços Sociais, em clínica geral.

Tabela 1. Fatores etiológicos das perturbações depressivas, segundo Jenkins (2010)

<b>Fatores</b>	<b>Biológicos</b>	<b>Sociais</b>	<b>Psicológicos</b>
<b>De predisposição</b>	Constituição genética Lesões intrauterinas Traumatismos do parto Privações físicas na infância	Privações emocionais na infância Perda ou separação de entes queridos Dificuldades crónicas profissionais ou conjugais Falta de relações de apoio pessoal e social	Modelos parentais inadequados Comportamentos patológicos Falta de autoestima Desespero
<b>De precipitação</b>	Infeções recentes Lesões incapacitantes Doenças malignas	Perdas iminentes (doença) ou reais (morte) de entes queridos  Situações difíceis, agudas, vividas no trabalho ou no seio da família (divórcio, doenças, saída de um filho de casa)	Reações desajustadas aos fatores biológicos e sociais de predisposição
<b>De manutenção</b>	Dores crónicas Incapacidades sensoriais crónicas (perda de visão ou audição)	Stresse e pressões sociais crónicas Ausência de uma relação íntima em casa, no trabalho e entre amigos Falta de informação sobre a forma de lidar com problemas sociais	Falta de autoestima Dúvidas sobre a possibilidade de recuperar de uma doença Dependência exagerada dos serviços sociais

Existem ainda as situações excepcionais de vida, ou seja, os grandes acidentes, tais como situações de guerra, tortura, abuso sexual, que podem provocar perturbações pós-stresse traumático, como

Paulino e Godinho (2016) explicam. Estes autores (2016, p. 635) referem que a partir de 1980 o conceito se alargou “de forma a incluir acontecimentos traumáticos do quotidiano das sociedades modernas”. Na etiologia desta perturbação, Paulino e Godinho (2016) identificam também fatores biológicos, que consistem numa vulnerabilidade genética para a depressão; fatores psicológicos, nomeadamente a existência de um quadro clínico anterior de depressão; e fatores sociais e ambientais, que incluem o não reconhecimento do aspeto traumático da experiência vivida pela vítima e o consequente isolamento em que esta se encontra.

#### **1.4. As Perturbações Depressivas nas Várias Fases da Vida**

Os fatores sociais anteriormente referidos, sobretudo os de precipitação, permitem concluir que existem determinadas fases da vida do indivíduo mais predispostas ao surgimento de depressões. Como explicam Carter e McGoldrick (1995, p. 11), o ciclo da vida está sujeito a pontos de transição que muitas vezes “criam rompimentos (...) e produzem sintomas e disfunção”.

Segundo estes autores, existem dois fluxos de ansiedade numa família: o vertical e o horizontal. O fluxo vertical engloba as expectativas, as formas de encarar a vida, os preconceitos, que passam de geração em geração (estes poderão ser considerados fatores de predisposição para as perturbações depressivas). O fluxo horizontal consiste na ansiedade desencadeada ao longo do tempo pelas mudanças do ciclo de vida familiar, que podem ser previsíveis (por exemplo, a morte de alguém doente há muito tempo) ou imprevisíveis (por exemplo, uma morte súbita). Assim, por exemplo, quando os filhos saem de casa, depois de concluídos os estudos e conseguido o primeiro emprego, pode acontecer entre o casal o surgimento de uma rotura provocada pela mudança profunda experienciada no seio familiar, suscetível de desencadear uma perturbação depressiva. Sadock e Sadock (2007) explicam que, entre os indivíduos divorciados ou sem relacionamentos íntimos, existe um maior número de casos quer de depressão major quer de bipolaridade.

A tristeza desencadeada pela morte de um ente querido não implica necessariamente uma perturbação depressiva. Será a duração e a intensidade dos sintomas que determinam o aparecimento daquela, como explicam Geddes e Sharpe (2007). Segundo estes autores apenas 20% dos casos de luto apresenta uma sintomatologia depressiva grave. No luto normal são três as fases que se sucedem pela seguinte ordem: 1. “choque e incredulidade”; 2. “preocupação”; 3. “aceitação e resolução” (Geddes & Sharpe, 2007, p. 191-2). Quando o luto é vivido posteriormente à ocorrência da morte, quando é demasiado prolongado e quando adquire uma intensidade demasiado acentuada estamos perante casos de luto depressivo (anormal ou patológico).

Também as mudanças desejadas ocorridas no ciclo do quotidiano podem causar situações de ansiedade, suscetíveis de desencadear perturbações depressivas. Por exemplo, o parto, mesmo quando desejado, provoca alterações hormonais, sendo frequente a mãe entrar num período conturbado do ponto de vista psicológico. Geddes e Sharpe (2007) falam dos *blues* da maternidade, da depressão pós-parto e da psicose puerperal. Os *blues* não podem ser considerados uma perturbação de humor; em geral regredem sem tratamento passados alguns dias. Caracterizam-se, segundo estes autores (2007, p. 189) por “choro, irritabilidade e labilidade de humor”.

A depressão pós-natal surge no mês seguinte ao parto e já obriga a um tratamento, havendo, por vezes, necessidade de recorrer a antidepressivos. Deriva dos pensamentos negativos da parturiente relativamente ao sucesso do seu papel como mãe; estes tendem a agravar-se com o estado exaustão física. Mas, como explicam, Geddes e Sharpe (2007) são sobretudo as mulheres com uma história clínica de depressão as que apresentam esta sintomatologia depressiva pós-natal.

A psicose puerperal irrompe, segundo os mesmos autores, na segunda semana depois do parto e obriga a um tratamento com antidepressivos e antipsicóticos, sendo frequente o internamento. Trata-se de uma perturbação de humor psicótica ou perturbação esquizoafetiva, na qual a parturiente negligencia a criança, sobrevalorizando os seus sintomas. Correm maior risco de psicose puerperal as mulheres com familiares psicóticos ou que têm elas próprias uma história passada de psicose.

Além dos eventos situacionais, há que referir as crises de desenvolvimento que constituem também fatores que contribuem para o aparecimento de perturbações depressivas. Assim, podem despoletar depressões nas várias fases da vida:

1. na infância, a entrada na escola;
2. na adolescência, as mudanças fisiológicas (puberdade);
3. na idade adulta, a menopausa, para as mulheres, e a andropausa, para os homens;
4. na idade adulta, o envelhecimento;

Gomes et al (1986) referem algumas destas etapas. Bahls (2002) estuda a depressão nas crianças e adolescentes, sobretudo do ponto de vista da sua sintomatologia. No entanto, esta autora atribui às raparigas uma maior propensão para situações depressivas, o que advém de diferenças de desenvolvimento emocional entre os sexos. Barbosa e Lucena (1995, p . 27) explicam que existem três situações de recusa escolar que podem refletir a existência de depressão: “a) fobia à escola; b) ansiedade na escola”; c) fuga à escola.

Geddes e Sharpe (2007) consideram que, apesar de não haver evidência suficiente para fundamentar a ideia de que a menopausa é responsável por perturbações depressivas, poderá admitir-se que esta constitui um fator de stresse importante para compreender uma perturbação depressiva que ocorra na sua sequência.

Com o envelhecimento podem surgir situações de depressão devido à perda de capacidades físicas. Jenkins (2010) considera os idosos um grupo que apresenta grande risco de depressão e de suicídio. Costa e Maltez (2016) explicam que a depressão nos idosos se reflete frequentemente numa agitação física, ou seja, numa dificuldade em parar e descansar, havendo uma tendência para a repetição de movimentos do corpo. Martins (s/d) associa a depressão na velhice às perdas continuadas que nesta fase da vida o indivíduo experimenta:

1. Perda de capacidades fisiológicas
2. Perda de capacidades intelectuais

3. Perda de familiares próximos (por exemplo, cônjuge)
4. Perda da ocupação profissional, com a entrada na reforma
5. Perda de estatuto económico, sobretudo em caso de agravamento de saúde
6. Perda de resistência às doenças
7. Perda de capacidade pragmática (lentificação)

Cunha (1989) chama a atenção para alguns sintomas manifestados pelos idosos, classificados como inespecíficos, mas que podem mascarar depressões. Assim, por exemplo, é frequente as queixas de dor crónica estarem relacionadas com distúrbios de personalidade de longa duração; assim como as queixas de astenia são frequentes em idosos deprimidos. No fim do dia, aliás, a ansiedade e a irritabilidade, juntamente com a sensação de cansaço físico, tendem a agravar-se, sobretudo quando há uma perda de capacidade de concentração (Cunha, 1989). A insuficiente ingestão de líquidos também é um dos sintomas que Cunha associa aos idosos com perturbações depressivas e confusão mental. No âmbito dos sintomas neurológicos, Cunha (1989) destaca as alterações de memória, que são comuns em idosos deprimidos.

### **1.5. A Prevenção das Perturbações Depressivas**

Segundo Bolander (1998), citado por Valente (2009), a prevenção visa pessoas não afetadas pela doença e o seu objetivo é preveni-la, através de aconselhamento e informação. Jenkins (2010), no âmbito da prevenção primária, inclui medidas gerais, que englobam hábitos de vida saudáveis (alimentação variada, ausência de hábitos tabágicos, consumo regrado de bebidas alcoólicas), medidas de segurança e de informação, que começam na educação das crianças e adolescentes. Para grupos grandes com forte risco de depressão esta autora recomenda medidas adequadas ao grupo, de acordo com as características deste. Para grupos pequenos Jenkins (2010) aconselha medidas específicas, como o apoio dado a alguém fragilizado por uma qualquer perda.



A prevenção secundária visa as pessoas nas quais a doença se manifesta e com a sua deteção pretende-se inverter ou interromper o processo nosológico. Costa e Maltez (2016) lembram que a deteção precoce da depressão e a imediata intervenção terapêutica reduzem a gravidade do quadro clínico.

A prevenção terciária engloba todas as estratégias que permitam devolver ao indivíduo o seu mais alto nível de saúde quer física quer psicológica, segundo Bolander (1998), citado por Valente (2009). Pretende-se que o doente não caia numa neurotização das queixas nem se torne dependente de instituições; o objetivo é mantê-lo autónomo tanto quanto possível (Costa e Maltez, 2016).

Para existir uma intervenção preventiva tem de haver um modelo de doença, como dizem Costa e Maltez (2016). De facto, existem alguns sintomas fisiológicos e psíquicos que, se persistirem mais de duas semanas, ajudam a diagnosticar as perturbações depressivas. Uma prevenção eficaz exige uma formação especializada que tenha em conta os aspetos psicossociais das perturbações (Costa e Maltez, 2016). Gomes et al. (1986) referem, entre os fatores fisiológicos, as alterações de sono e de alimentação, e a falta de libido e de energia física (lentificação); no âmbito psíquico, a ideação suicida, as mudanças de humor no sentido negativo e a tendência hipocondríaca.

Tabela 2. Vinte sintomas passíveis de serem considerados depressivos, segundo Gomes et al. (1986)

- 1 Labilidade ou inibição dos afetos
- 2 Disforia e irritabilidade
- 3 Inquietação e fobias
- 4 Aflição, desalento e deserção
- 5 Perda de autoestima e de autoimagem
- 6 Ideação suicida
- 7 Perturbações de pânico
- 8 Somatização
- 9 Insónia ou hipersónia
- 10 Anorexia ou polifagia
- 11 Dificuldade em raciocinar, memorizar e perceber
- 12 Desinteresse pelo trabalho e/ou pelas tarefas quotidianas
- 13 Isolamento social
- 14 Desinteresse por atividades anteriormente vistas como aliciantes
- 15 Excesso de agressividade, angústia, agitação
- 16 Falta de libido e/ou disfunção sexual
- 17 Falta de reatividade às mudanças positivas
- 18 Agravamento de mal-estar associado a uma determinada fase do dia (por exemplo, agravamento dos sintomas ao anoitecer)
- 19 Aumento do consumo de álcool ou o recurso a drogas
- 20 Sentimentos de culpa, remorso, sofrimento eterno, negação absoluta (ideias deliróides)

## **CAPÍTULO II**

### **A Dependência e a Depressão no Idoso**

Ao falarmos de envelhecimento devemos distinguir o individual do populacional ou demográfico. O primeiro não acontece de forma igual para todos e por isso não é possível considerarmos os idosos como um grupo homogêneo (WHO, 2002, p. 14). De facto, não se envelhece sempre do mesmo modo (António, 2013, p. 83). Por seu lado, o envelhecimento social, consequência do aumento da longevidade, diz respeito às modificações na estrutura social que advêm do aumento de população com mais de 65 anos. Souza et al. (2015, p. 141) referem que, a nível mundial, “o número de idosos com mais de 60 anos passou de 14,8 milhões em 1999 para aproximadamente 20,6 milhões em 2010 (11% da população)”.

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população levaram a repensar as políticas sociais. Em 1991, realizou-se a Assembleia Geral das Nações Unidas em defesa dos idosos, cujos princípios, António (2013, p. 89) organiza em cinco temas: a independência, a participação, os cuidados, a autorrealização e a dignidade. No ano seguinte, em 1992, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a “Proclamação sobre o Envelhecimento” e propôs o ano de 1999 como “Ano Internacional dos Idosos”. Em 1992 publicou-se a “Carta Europeia a Idosos” (Brandão: 2013), na qual se definem os direitos dos idosos. O ano de 1993 foi o “Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações”. Já no século XXI, em 2000 foi promulgada a “Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia”. Entre 8 e 12 de abril de 2002, apareceu o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento Ativo”, que surge na II Assembleia Mundial de Madrid sobre o Envelhecimento<sup>2</sup> (António, 2013). Este conceito consiste em considerar o processo de envelhecer como algo positivo, uma fase da vida útil, com novas aprendizagens e uma participação em todos os âmbitos (WHO, 2002, p. 12):

---

<sup>2</sup> Antes desta, houve em 1982, I Assembleia Mundial de Viena sobre o Envelhecimento.

The word “active” refers to continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs, not just the ability to be physically active or to participate in the labor force. Older people who retire from work and those who are ill or live with disabilities can remain active contributors to their families, peers, communities and nations. Active ageing aims to extend healthy life expectancy and quality of life for all people as they age, including those who are frail, disabled and in need of care<sup>3</sup>.

A sustentabilidade financeira dos sistemas de Segurança Social levou os países europeus a aumentarem “a idade média da saída do mercado de trabalho e elevar a taxa média de emprego de homens e mulheres entre os 55 e os 64 anos” (Gil, 2013, p. 106).

Não obstante esta forma positiva de encarar a velhice é inevitável que o aumento da longevidade se traduza num aumento da dependência, sobretudo a partir dos 75 anos, porque o risco de incapacidades e de doenças crónicas aumenta à medida que a idade avança (WHO, 2002, p. 34-36). Há que distinguir incapacidade de dependência<sup>4</sup>, que, como diz Figueiredo (2007, p. 65), não são sinónimos “embora o conceito de dependência se sobreponha muitas vezes ao de incapacidade”. Na classificação da OMS (2003), referida por Figueiredo (2007), as alterações de saúde são interpretadas da seguinte maneira: défices na funcionalidade (em vez de deficiências), restrições de atividade (em vez de incapacidades) e restrições de participação (em vez de desvantagens).

As doenças crónicas, segundo Ocampo et al. (2007, p. 44), implicam “[no solo] un alza en la necesidad de atención médica, sino que requieren de personas que se ocupen de su cuidado”<sup>5</sup>. Mesmo

---

<sup>3</sup> “O termo ‘ativo’ refere-se à participação contínua nos assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos, e não apenas à capacidade de se manter fisicamente ativo ou de participar na força laboral. As pessoas com mais idade que se aposentam ou que estão doentes ou que têm incapacidades podem continuar a desempenhar funções ativas no seu núcleo familiar, entre os seus pares, nas comunidades e nas nações. O envelhecimento ativo visa aumentar a esperança média de vida e a qualidade de vida de todos à medida que envelhecem, inclusivamente daqueles que têm fragilidades, incapacidades ou necessidade de cuidados”.

<sup>4</sup> A OMS (2004, p. 5) considera que o termo “incapacidade” traduz um défice de funcionamento, que “inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação”. A dependência, por seu lado, verifica-se quando o indivíduo perde a sua autonomia física, psíquica e intelectual, necessitando de ajuda para as atividades básicas do quotidiano (Fonseca, 2010).

<sup>5</sup> “[não apenas] um aumento na necessidade de atenção médica, mas também requerem pessoas que se ocupem do seu cuidado”.

que não ocorram doenças físicas relevantes, as incapacidades inerentes à idade avançada<sup>6</sup> podem conduzir a depressões que tornam o idoso cada vez mais dependente. Os estudos demonstram que a depressão é, entre os idosos, a principal causa de dependência (Gonçalves-Pereira et al. 2016, p. 135). Logo colocam-se novos desafios às famílias.

A dependência consiste numa limitação física e/ou psíquica, durante um período de tempo prolongado, que obriga à existência de terceiros que ajudem a realizar as tarefas diárias. Segundo Figueiredo (2007, p. 67) a funcionalidade do indivíduo, pela qual se avalia a dependência, divide-se em “atividades básicas da vida diária” (ABVD), como a higiene pessoal, a alimentação, a mobilidade, a capacidade de se vestir; “atividades instrumentais da vida diária” (AIVD), como as idas às compras, a gestão da casa, o uso de meios de transporte, a administração de medicamentos; e “atividades avançadas da vida diária” (AAVD), como a automotivação profissional, a realização de atividades de lazer, vida social, exercício físico.

## **2.1. As Demências na Velhice**

Do ponto de vista psíquico destacam-se as demências, que criam elas próprias limitações físicas, sendo possível também o contrário, ou seja, que as dificuldades motoras levem ao surgimento de depressões e eventualmente de demências. O risco destas aumenta com a idade, sendo pouco frequente que estas se verifiquem em indivíduos com idade inferior a sessenta anos (Sequeira, 2007, 2018). Segundo o relatório da Alzheimer Europe de 2013, referido por Sequeira (2018) existem 8,7 milhões de pessoas afetadas, com maior prevalência sobre o sexo feminino (5,8 milhões); no entanto, este número não corresponde exatamente à realidade, porque, como explica este autor, muitos casos ainda se encontram por diagnosticar.

---

<sup>6</sup> No entanto, nos Estados Unidos foi feito um estudo que provou a diminuição de doenças em idade avançada entre 1982 e 1994, o que poderá estar relacionado com o aumento do nível educacional, o qual leva à adoção atempada de medidas preventivas (Fonseca, 2010, p. 3).

Segundo o ICD-10, a demência é “uma síndrome devida a uma doença do cérebro, habitualmente de natureza crónica ou progressiva, na qual existe um distúrbio das funções corticais superiores, que incluem memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e raciocínio. (...) A diminuição da função cognitiva é frequentemente acompanhada, e ocasionalmente precedida, de deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”. Esta síndrome verifica-se na demência de Alzheimer, na demência vascular, e noutras formas de demência que afetam o cérebro. A demência não é, portanto, uma doença, mas uma síndrome, que pode englobar várias doenças.

O seu diagnóstico não é fácil devido à complexidade do sistema cognitivo do ser humano e ao facto de surgirem associadas àquelas diversas patologias. Entre estas Sequeira (2018) destaca a depressão como uma patologia muito frequente nas demências. A sua avaliação, segundo este autor, deve ser feita de forma prolongada no tempo, com pelo menos seis meses de evolução evidente, na diminuição das funções referidas pelo ICD-10 (linguagem, cálculo, raciocínio, etc) e nas modificações de personalidade. A evolução é gradual e crónica, sem possibilidade de reverter a situação. Feio et al. (2016) esclarecem que é improvável conseguir perceber a partir de uma demência qual a sua causa genética ou infecciosa, embora o contrário (antecipar uma demência a partir de uma infeção ou de uma anomalia genética) seja possível.

Apesar de a etiologia das demências ser nebulosa (são apontadas mais de quinhentas causas de demência, como lembram Feio et al., 2016), sabe-se que existe maior risco de estas se verificarem em pessoas mais idosas, em mulheres e em indivíduos com baixa escolaridade (Sequeira, 2007, 2018). Feio et al. (2016) destacam como principal fator de risco a idade, mas referem outros, nomeadamente, os antecedentes de depressão, dietas hipercalóricas ou hiperlipídicas, tabagismo, ingestão de anti-inflamatórios durante mais de dois anos, vida sedentária, entre outros fatores.

Barreto (2005), referido por Sequeira (2007, 2018), distingue processo demencial e estado demencial: o primeiro remete para estádios iniciais que evoluem com o tempo; o segundo encontra-se

em fases mais avançadas do processo demencial. Assim, as demências vão de ligeiras a graves, passando por moderadas. Sequeira (2007, 2018) considera a demência ligeira como o estágio quatro dos sete estádios demenciais, segundo a Escala de Depressão Geriátrica (EGD/GDS), adaptada de Reisberg (1982). No estágio ligeiro, o idoso perde autonomia na execução de atividades diárias práticas (instrumentais), tais como a capacidade para conferir trocos ou gerir a economia da casa. No estágio moderado, aumentam os défices do idoso, que começa a sentir dificuldade em realizar tarefas básicas do quotidiano, tais como vestir-se ou alimentar-se. Ao mesmo tempo pode acontecer-lhe confundir objetos, não reconhecer pessoas menos próximas, não conseguir concentrar-se. Neste estágio é habitual que não haja consciência das incapacidades. Sequeira (2007, p. 83; 2018, p. 105) descreve o estágio grave como uma fase em que o idoso “tem um discurso fragmentado, sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de reconhecer os familiares”. Na agnosia visual o indivíduo sente dificuldade em reconhecer imagens e objetos; na prosopagnosia, tem dificuldade em reconhecer os familiares ou até mesmo a sua imagem refletida (Sequeira, 2007, 2018). Sofre alterações de humor podendo ficar agressivo, apático, desconfiado. Na demência muito grave (estádio sete) o idoso fica incontinente, afásico, incapaz de caminhar.

Apesar de os autores falarem nestes estádios, o curso evolutivo das demências é imprevisível e, como dizem Feio et al. (2016, p. 934) “a terapêutica está mal caracterizada, é geralmente indiferenciada e paliativa, cara e com baixa eficácia”. Mas o risco de depressão é bastante elevado quando há lesões nas estruturas cerebrais, como acontece nas demências (Spar e La Rue, 2005).

O agravamento e a irreversibilidade das situações demenciais provocam profundas e diversas alterações na vida das famílias cuidadoras de idosos com demências. As relações sociais, pessoais e profissionais podem ser muito afetadas. Segundo Sequeira (2018, p. 88) são “preditores de impacto psicológico: a deterioração cognitiva; a existência de comportamentos problemáticos e a dependência nas AVD”.

As demências mais frequentes entre os idosos são a demência por multienfartes, os corpos de Lewy, a doença de Binswanger, a demência por Parkinson, a de Alzheimer e a de Pick (Feio et al., 2016). Falaremos de forma mais pormenorizada da demência de Alzheimer e da de Parkinson devido à sua frequência nos idosos.

### **2.1.1. Demência de Alzheimer**

Nas demências há uma particular incidência na demência neurodegenerativa de Alzheimer, a ponto de esta ser considerada a principal responsável pela demência no idoso (Pereira, 2015): cerca de 60% a 70% dos casos demenciais são situações de Alzheimer (Sequeira, 2007, 2018).

A designação deriva de Alois Alzheimer que a descreveu pela primeira vez em 1907, numa mulher de cinquenta e um anos, na qual encontrou uma diminuição das capacidades intelectuais, idêntica à que ocorre na demência senil (Feio et al., 2016). No entanto, a sua patologia continua, hoje ainda, pouco clara (Pereira, 2015), tal como a sua etiologia. A dúvida está, como explicam Feio et al. (2016), em perceber se as alterações neuropsicológicas e neuroquímicas constituem uma só entidade ou se remetem para múltiplas patologias.

Gil (2013, p. 113) explica que a doença de Alzheimer é muitas vezes confundida com outras que fazem parte do processo natural de envelhecimento, como a senilidade ou a arteriosclerose. Em virtude disto, o seu diagnóstico é feito muitas vezes tardiamente, o que torna difícil retardar as perdas que caracterizam esta doença. Aliás, uma cuidadora de um doente de doença de Alzheimer, no estudo efetuado por Gil a trinta famílias cuidadoras, na região de Lisboa, diz precisamente que há uns anos atrás não se falava ainda de Alzheimer (Gil, 2013, p. 114).

Sequeira (2007, p. 72; 2018, p. 96) explica que nela “ocorre na maioria dos casos atrofia macroscópica cerebral difusa, com alargamento dos sulcos corticais e um aumento maior dos ventrículos cerebrais (...); para além destas alterações nas estruturas cerebrais, também se verificam alterações histopatológicas”. A sintomatologia para diagnosticar esta demência assenta, segundo DSM



IV TR, referido por Sequeira (2007, 2018), num déficit cognitivo que afeta o funcionamento social de forma continuada e agravada; o comprometimento da memória é, deste modo, o sintoma mais importante ao qual há que prestar atenção. Além deste, pode acontecer também alguma desorientação no espaço e no tempo e manifestações de irritabilidade e agressividade (Gil, 2013, p. 113-4).

São fatores de risco: a idade avançada, o sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, já referidos, a existência de traumatismos cranianos na história clínica, a trissomia 21, as doenças vasculares, os antecedentes psiquiátricos, sendo que esta demência apresenta uma hereditariedade complexa e polifatorial (Sequeira, 2007, 2018).

Embora seja frequente a sintomatologia depressiva em dementes de Alzheimer, são raras as situações de depressão major (Spar e LaRue, 2005).

Não é fácil distinguir a demência vascular da de Alzheimer, porque a sintomatologia é coincidente e é grande a probabilidade de ocorrer um enfarte cerebral em doentes de Alzheimer (Sequeira, 2007, 2018). A demência vascular advém de “lesões cérebro-vasculares de natureza isquémica ou, mais raramente, de natureza hemorrágica” (Sequeira, 2007, pag77). Está, portanto, associada a enfartes (enfartes múltiplos bilaterais, corticais e subcorticais, enfartes bitalâmicos), devendo suspeitar-se da sua existência quando há fatores de risco vascular. A imagiologia permite detetar os enfartes múltiplos que possam ter ocorrido.

### **2.1.2. Demência de Parkinson**

A demência de Parkinson é também uma doença degenerativa crónica, provocada pela falta de produção de neurónios. James Parkinson (1755-1828) descreveu-a ao observar diariamente os londrinos. Designou-a “paralisia agitante” e descreveu-a em *An Essay on the Shaking Palsy* (1817); considerava que os portadores desta demência apresentam tremores, um rosto inexpressivo e lentificação. Esta degenerescência foi renomeada por Jean-Martin Charcot (1825-1893) como doença de Parkinson.

Surge na mesma faixa etária da demência de Alzheimer (idade média: cinquenta e cinco anos) e é mais frequente no homem do que na mulher (3/2). Como explica Teive (1998), os seus sintomas são: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez muscular (marcha parkinsoniana) e instabilidade postural. Basta dois destes sinais para se diagnosticar parkinsonismo. Calado (2013) ainda acrescenta alterações de atenção, de comportamento e de discurso (eventual demência subcortical), depressão e alterações anatómicas posturais.

## **2.2. Sintomatologia dos Estados Demenciais**

Existem algumas marcas típicas das demências, sejam elas quais forem. Sequeira (2007, 2018) refere a ocorrência de alterações cognitivas e comportamentais, das quais destacamos as perturbações de memória, de linguagem, de comportamento, de orientação; a perda de capacidade para solucionar problemas; as alterações de personalidade e as variações de humor, que incluem apatia ou irritabilidade.

As alterações de memória encontram-se associadas aos estádios dois e três das situações demenciais, descritas na EGD/DGS e referidas por Sequeira (2007, 2018). O idoso pode começar a sentir dificuldade em recordar nomes, locais, conversas recentes e daí passar para situações em que se perca na rua, se esqueça onde habita e deixe de reconhecer os familiares.

Naturalmente que o défice de memória está associado ao envelhecimento e não tem de significar o surgimento de uma demência. No entanto, há que estar atento às alterações de memória que ocorrem e ao seu agravamento. É sobretudo a memória mais recente que fica mais afetada (Sequeira 2007, 2018). No início o idoso pode usar várias estratégias para o compensar ou dissimular, recorrendo a agendas, por exemplo (Caldas, 2002). Mas, com o agravamento deste défice, aumenta a lentidão da fala e consequentemente reduz-se a capacidade de interagir do ponto de vista social.

Como dizem Gleitman et al. (2014), a recordação é, na sua qualidade de operação cognitiva, o resultado da colaboração de várias áreas do cérebro. Assim, danos no lobo occipital e temporal podem

prejudicar a memória visual; lesões pré-frontais originam confabulações; danos na amígdala do cérebro afetam a memória de acontecimentos emocionais (Gleitman et al., 2014).

Cordeiro (2016, p. 956) explica que a narrativa de histórias inverosímeis sobre o passado foi descrita por Jaspers em 1929, como “fabulações ocasionais destinadas a preencher as lacunas de memória”; em 1958, Angelergues, citado por aquele mesmo autor (2016, p. 957), considerou a fabulação como “um fenómeno compensador da memória, ligado indiscutivelmente à consciência do défice”. Cordeiro (2016) esclarece que os termos fabulação e confabulação são sinónimos e que não é fácil, no caso do idoso, distingui-la do delírio. No entanto, pode dizer-se que este último está menos sujeito a alterações, enquanto a efabulação é inconstante e contraditória. O idoso é incapaz de distinguir pensamentos fantasiosos e memórias genuínas, acontecendo muitas vezes que combine recordações de diferentes episódios da sua vida, dando-lhes um sentido novo e fazendo uma nova construção com esses fragmentos (Gleitman et al., 2014).

No caso de acidentes vasculares cerebrais pode surgir amnésia retrógrada que consiste numa perda de memória de um período de tempo anterior ao da lesão cerebral (Gleitman et al., 2014). Na doença de Alzheimer é frequente a alteração de memória oposta a esta, ou seja, a amnésia anterógrada, que consiste numa dificuldade em recordar o que se passou depois da lesão cerebral (Gleitman et al., 2014). No âmbito da linguagem há que referir as alterações que se verificam na escrita e na oralidade. Na primeira, e numa fase mais ligeira, podem ocorrer disortografia e disgrafia. Esta última está associada a défices visuais e motores; exemplificam-na o uso incorreto de maiúsculas e minúsculas, o tamanho irregular das letras, a sobreposição de letras. Numa fase posterior (estádios grave e muito grave) a caligrafia pode tornar-se ilegível, mantendo-se apenas a assinatura, que desaparece em último lugar (Sequeira, 2007, 2018).

Na oralidade, começa por se verificar uma redução de fluência discursiva devido à dificuldade de recordar as palavras adequadas ao contexto (este défice está, portanto, associado ao da memória). O pânico pode advir destas situações e a depressão, porque o idoso tem consciência da sua deterioração

cognitiva (Caldas, 2002). Na fase considerada moderada ou grave (e muito grave), esta dificuldade acentua-se, havendo uma progressiva redução do campo lexical (Sequeira, 2007, 2018), até se perder em absoluto, ou quase, a capacidade de comunicar. Nestes estádios é habitual o uso de gíria, de neologismos (palavras criadas para exprimir uma ideia, quando não se encontra a palavra adequada), de perífrases (exprimir em várias palavras o que pode ser dito de forma mais sucinta), de paráfrases (repetir as ideias já expressas) e palilalias (repetição das últimas palavras proferidas). Com o agravamento podem ocorrer a afasia de Broca e a afasia de Wernicke. Esta última afeta a linguagem oral e escrita, de modo a tornar a comunicação quase impossível, devido à incapacidade para narrar acontecimentos e dialogar. Por vezes, nesta afasia, perde-se a leitura compreensiva e em silêncio, ao contrário do que se verifica na afasia de Broca, na qual a dificuldade recai sobre a expressão oral, preservando-se a compreensão (Ardila, 2005).

As alterações de comportamento, de personalidade, de humor estão associadas a distorções perceptivas e de pensamento. O indivíduo imagina o que não existe e sente-se confuso com a realidade, podendo mesmo entrar em pânico e desenvolver fobias. Assim é habitual que se torne desconfiado em relação aos que cuidam dele, ansioso e até agressivo.

O *sundorning* é um exemplo destas alterações comportamentais que acentuam a sobrecarga sentido pelo cuidador (Sequeira, 2007, 2018)<sup>7</sup>. O fenómeno caracteriza-se pela confusão, agitação e ansiedade, agravadas ao anoitecer e durante a noite; é muito comum na doença de Alzheimer (Silva et al., 2017).

Por vezes os idosos tornam-se obsessivos com questões práticas (a arrumação, por exemplo) e podem também apresentar comportamentos repetitivos, como o desejo de caminhar (Sequeira, 2007, 2018), a chamada perambulação, que é frequente em indivíduos que, no passado, haviam sido muito ativos (Caldas, 2002). A rejeição dos alimentos (anorexia), o desinteresse afetivo e sexual, a dificuldade em dormir e o fácil adormecimento por curtos períodos durante o dia são comuns. Nem

---

<sup>7</sup> Cf. Capítulo III, 3.6.1.1. fatores agravantes da sobrecarga.

sempre é fácil para o cuidador lidar com algumas das alterações psicocomportamentais dos idosos, que tendem, aliás, a agravar-se, levando os cuidadores a procurarem o internamento dos dependentes (Sequeira, 2007, 2018).

## **CAPÍTULO III**

### **Cuidadores Informais**

Um envelhecimento saudável obriga a repensar a melhor forma de satisfazer as necessidades do idoso, mantendo-lhe a qualidade de vida. O desafio começa por ser individual, mas é também coletivo, pois é imprescindível que o idoso esteja socialmente integrado, interagindo com os seus pares. As famílias desempenham um papel fulcral na prestação de cuidados aos idosos (Caldas, 2002). Aliás, importa salientar que até as mais diversas religiões, tanto ocidentais como orientais, tendem a valorizar e a incentivar o cuidado prestado pelos familiares aos mais idosos (Caldas, 2002). Segundo o inquérito de “Envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações” (Eurobarómetro, 2011, referido por Gil, 2013, p.107-8), 15% dos europeus presta cuidados a idosos, havendo maior percentagem de famílias que o fazem a tempo parcial (12% destes 15%).

#### **3.1. A Desinstitucionalização dos Idosos na Europa**

Na União Europeia houve uma alteração no sentido de se passar dos cuidados prestados pelas instituições para os cuidados oferecidos domiciliariamente, ou seja, pretendeu-se que a prestação destes cuidados passasse a ser feita no âmbito privado, prevendo-se subsídios para os dependentes; passou a haver serviços que complementam, mas não substituem, o cuidado informal (ERS, 2015). No entanto, a situação não é idêntica em todos os países europeus. Segundo a ERS (2015) existem quatro situações tipo.

Em primeiro lugar, encontram-se os países nórdicos e em último lugar, encontram-se os países da Europa de Leste, que, nos anos 90 do século XX, ainda não tinham estruturas de cuidados continuados. Nos países nórdicos as estruturas de cuidados continuados surgiram por volta dos anos 40, do século passado (e na Holanda, pelos anos 60). Aqui a prestação de cuidados é maioritariamente pública, apesar

de a partir dos anos 90, o Estado, devido a restrições orçamentais, ter incentivado os cuidados informais prestados pela família.

Em segundo lugar, temos a França e a Bélgica, e em terceiro os países mediterrâneos. Em França o serviço público de saúde oferece, em geral de forma gratuita, apoio domiciliário, médicos e serviços de enfermagem. Existem *vouchers* de serviço para solicitar apoio domiciliário. Em Espanha, Portugal, Grécia, Itália, os cuidados são assegurados essencialmente pelos familiares e complementados pelas instituições, que, todavia, ainda trabalham deficitariamente.

### **3.2. Medidas Políticas de Reconhecimento Social dos Cuidadores Informais**

Os estados-membros da União Europeia reconhecem a importância de se tomarem medidas de apoio e proteção social aos cuidadores informais. Segundo Gil (2013, p. 108), algumas destas medidas deveriam ser:

- Reconhecimento social do trabalho do cuidador, com o pagamento de uma remuneração-base e a contagem dos anos em que se prestou o cuidado para efeitos de reforma;
- A flexibilidade de horários e de redução de horas de trabalho;
- A possibilidade de retomar o emprego, uma vez cessada a necessidade de prestar cuidados;
- A oferta de formações gratuitas aos cuidadores.

Estas são algumas das medidas que os governos poderiam tomar para apoiar os cuidadores, cujo trabalho é mais do que um ato de solidariedade. De facto, nos países nórdicos já se dá aos cuidadores uma remuneração-base e se conta o tempo para efeitos de reforma.

Correia (2017, p. 46) faz um paralelismo entre a carreira profissional e a carreira do cuidador, encontrando várias semelhanças:

... por exemplo, a evolução relacionada com as responsabilidades do papel (profissional/cuidador) ao longo do tempo, a reestruturação das atividades e responsabilidades

umas vezes de forma gradual, outras repentinamente, o carácter dinâmico da evolução (cada fase envolve uma história e prepara o futuro).

### **3.3. A Situação de Portugal em Particular**

Ora, como dissemos, nos países do sul da Europa são sobretudo os familiares dos idosos dependentes que se ocupam com a prestação de cuidados diários. Portugal tem, entre estes países, a maior taxa de cuidadores informais residentes na mesma habitação do dependente, segundo a ERS (12,4% em 2015). No entanto, pouco se sabe sobre a realidade do cuidado informal prestado ao idoso (Lage, 2014, p. 238).

Ricarte (2009) e Cruz et al. (2010) explicam que Portugal terá uma população cada vez mais idosa devido à reduzida natalidade e ao aumento da esperança de vida. Sobre esta situação Ricarte (2009, p. 31) apresenta os seguintes dados: “Se, em Portugal, a população com mais de 65 anos representava, em 1960, 8%, no ano de 2001 o número de idosos passou a ser de 16,4% da população total, ultrapassando, pela primeira vez, a dos jovens (16%)”. E a situação num futuro próximo agravar-se-á seriamente: “segundo o último relatório anual do Conselho da Europa sobre a «Evolução demográfica recente na Europa», os portugueses serão menos um milhão em 2050 e a população estará ainda mais envelhecida, havendo perto de 2,5 idosos por cada jovem” (Ricarte, 2009, p. 34).

António (2013, p. 85) aponta três fatores para o envelhecimento demográfico em Portugal: a taxa de natalidade baixa, o aumento da esperança média de vida, os fluxos migratórios, que levam os mais novos a deixar para trás os mais velhos e os idosos emigrados a regressar ao país de origem. Pereira (2013) chama a atenção para a grande e preocupante diferença do fenómeno da emigração, desde a crise da banca de 2008: a população que começou a emigrar deixou de ser a que se caracterizava por um baixo nível de escolaridade e que partia com o intuito de regressar, enviando somas de dinheiro para a família que permanecia no país. Desde 2008 são os mais novos que saem do país, sem qualquer perspectiva de retorno e, em geral, o nível da escolaridade dos novos emigrantes é elevado, podendo



estes até ser altamente especializados. Esta situação agrava o desequilíbrio demográfico, como Pereira (2013) comprovou, no estudo que fez sobre a situação dos idosos no Alto Trás-os-Montes.

Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012, baseados no XV Recenseamento Geral da População, de 2011 e num inquérito de amostragem também do mesmo ano, designado “O emprego das pessoas com deficiência”, cerca de 50% da população portuguesa com mais de 65 anos apresentava dificuldade, ou total incapacidade, em realizar pelo menos uma das seis ABVD, sendo as limitações mais frequentes nas mulheres do que nos homens (INE, 2012, p. 19), não obstante os estudos realizados pela World Health Organization (WHO, 2002, p. 39) permitirem concluir que o sexo feminino vive mais anos do que o masculino.

A escassez de trabalhadores formais limita e desqualifica a oferta de cuidados prestados pelas entidades. A tendência será para o agravamento da situação, não só por causa do envelhecimento da população portuguesa, mas também pelo previsível aumento de neoplasias malignas, segundo notícia publicada pela Lusa em 18.01.2016.

Esta situação deriva do facto de, em meados dos anos 90, do século passado, ser ainda insatisfatória a infraestrutura de cuidados continuados em Portugal (ERS, 2015). Gil (2013, p. 108), referindo os resultados do Eurobarómetro de 2012, realça que as famílias portuguesas cuidadoras de idosos são as que na União Europeia apresentam maior percentagem de descontentamento em relação ao apoio social. Fernandes (2009, p. 62) chama a atenção para a necessidade de melhorar a comunicação entre os serviços de apoio formal em Portugal e desenvolver o apoio domiciliário.

A implementação da rede de cuidados continuados já responde a algumas necessidades, mas é necessário organizar os serviços, reforçar a articulação entre os hospitais, centros de saúde e IPSS e adequar estratégias que permitam uma atuação conjunta das entidades envolvidas.

Os cuidados domiciliários estão pouco desenvolvidos no nosso país e consequentemente no concelho em estudo, não corresponde às necessidades dos doentes e das famílias. Seria importante que os profissionais de saúde numa perspetiva multidisciplinar implementassem a visita domiciliária/apoio domiciliário com vista a uma melhoria da prestação dos cuidados no domicílio, e a capacitar com competências específicas os cuidadores familiares.

Conclui-se, assim, que a despesa pública portuguesa, em percentagem do PIB, com os cuidados continuados é inferior à média da dos países europeus. Também, segundo o mesmo estudo dado a conhecer pelo artigo da Lusa, Portugal tem a maior parcela de financiamento *out-of-pocket* ou seja, despesas suportadas pelos utentes do serviço de saúde.

### **3.3.1. As estruturas de apoio social em Portugal aos idosos**

António (2013, p. 92-4) distingue quatro fases na política social adotada em Portugal relativamente à população idosa: o primeiro período, entre 1976 e 1985; o segundo, nos dez anos seguintes, até 1995; o terceiro, de 1995 a 2002; e um quarto de 2002 aos dias de hoje. No primeiro, criaram-se Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centros de Convívio; no segundo, que coincide com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), criaram-se instituições sem fins lucrativos que intervinham na ação social e implementou-se uma “política nacional para idosos”; no terceiro período, promoveram-se e apoiaram-se projetos como o “Programa Idoso em Lar” (PILAR), e explorou-se um mercado dirigido ao idoso; pertence ao quarto período o Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE), cujo objetivo é ajudar em situações de pobreza extrema e de isolamento, e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que assiste os dependentes idosos tanto no seu domicílio como em locais próprios.

Segundo a Carta Social (2008), publicada pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, de 1998 a 2008, “o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 51,1%, tendo sido, em 2008, identificadas cerca de 6800 valências. (...) o SAD tem apresentado a maior taxa de crescimento (82,8%), seguido pelo Centro de Dia (42,5%) e a Residência e Lar para idosos (39%)”.

Os Centros de Convívio, bem como os Centros de Dia, oferecem aos idosos a possibilidade de realizar atividades sociais, recreativas e culturais, que os ajudam na integração social e os afastam da solidão indesejada. No entanto, a frequência destes lugares depende da capacidade de autonomia que o idoso ainda mantém.

Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) disponibilizam a prestação de cuidados na própria casa do idoso com dependência, quando as famílias não conseguem garantir, de forma satisfatória, a satisfação das necessidades básicas, como a alimentação, a higiene, a toma de medicamentos (cf. artº 2º da Portaria nº 38/2013). O valor pago para a aquisição desta assistência depende do rendimento mensal e dos bens do idoso dependente. Procura-se assegurar, assim, um pagamento equilibrado e garantir a todos o acesso a estes serviços. Como é natural, se o grau de dependência for muito acentuado, pode acontecer que o idoso dependente não consiga usufruir na plenitude dos serviços oferecidos pelo SAD.

### **3.4. Caracterização dos Cuidadores Informais**

Segundo Karsch (2003, p. 862), “a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); género (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos)”. Cruz et al. (2010) realçam estes mesmos fatores. Também Sequeira (2007) sublinha o vínculo afetivo que existe entre cuidador e dependente. No

entanto, também pode haver relações mais distantes, nas quais o cuidador se sente responsável pelo bem-estar e segurança do idoso (Lage e Araújo, 2014).

Mas, na maior parte das vezes, são os cônjuges ou os filhos a assumir esta responsabilidade (e.g. Martín, 2005, p. 184; Pereira e Carvalho, 2012, p. 370). Quando o cônjuge já morreu ou está também incapacitado é frequente serem os filhos a desempenhar o papel de cuidadores, por um sentimento de responsabilidade: cuidarão dos pais na velhice, como os pais cuidaram deles (Souza et al., 2015, p. 146). No entanto, o facto de estes poderem viver longe leva a que os vizinhos, ou os que contactam diariamente com o idoso potencialmente venham a assumir, mesmo que temporariamente, esta tarefa (Martín, 2005, p. 185).

As mulheres assumem com mais frequência este papel (Caldas, 2002, Lage, 2005; Pereira e Filgueiras, 2009; Eurobarómetro, 2012, referido por Gil, 2013, p. 108), devido à sua ligação à casa e aos filhos: elas são, por tradição, as cuidadoras do lar, apesar das mudanças sociais. Souza et al. (2015, p. 144) falam do papel predominante das mulheres como cuidadoras, realçando que aos homens cabe em geral um papel secundário, que consiste em participar do cuidado “por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas, como no transporte do paciente e pagamento de contas”.

Pinto et al. (2009) explicam que a situação mais comum é aquela em que a cuidadora é casada e vive no mesmo domicílio do idoso dependente. A coabitação é, portanto, um fator determinante na assunção do cuidado informal (Martín, 2005, p. 185), levando a que este aconteça gradualmente, com o aumento de incapacidades do idoso. Também em situações em que o cônjuge já faleceu ou não pode igualmente assumir o cuidado, é mais frequente que sejam os filhos, ou os irmãos do dependente, em vez de serem os amigos ou os sobrinhos, a tomar a decisão de coabitação (Martín, 2005, p. 187). Quando o cuidador é mais jovem acumula, frequentemente, várias tarefas, o que provoca uma “sobrecarga nos domínios social, físico, emocional, espiritual, contribuindo para o autodescuido e comprometimento da saúde global” (Pinto et al., 2009, p. 655).

No entanto, Pereira e Filgueiras (2009, p. 74-5) caracterizam o cuidador informal como sendo do sexo feminino, tendo uma média de idade acima dos cinquenta anos, um baixo grau de escolaridade e sem profissão: “Tais dados confirmam os achados de diversos autores, como Garrido e Menezes (2004), Almeida (2005), Laham (2003), mostrando o cuidador típico como alguém casado, que se dedica às atividades do lar e possui escolaridade básica”. No entanto, Pereira e Felgueiras (2009) têm o cuidado de lembrar que outros estudos realçam a crescente participação da população masculina (filhos, cônjuges e netos) na prestação de cuidados.

Além disso, acrescenta-se que os cuidadores informais são aqueles que cuidam dos idosos sem ter recebido uma formação específica para o fazer. Ao contrário do cuidador formal, estes não têm nem experiência, nem formação, nem remuneração para realizar esta atividade (Caldas, 2002). Para alguns autores a inexistência de remuneração é um fator importante para definir estas pessoas (Donelan, et al., 2002; Hollander & Chappell, 2009, citados por Pereira, 2015; Roth et al., 2015), mas nem todos os autores concordam neste ponto (Brouwer, & Koopmanschap, 2004, citados por Pereira, 2015). Pereira e Filgueiras (2009, p. 74) definem o cuidador informal como alguém afetivamente próximo do dependente, que presta os cuidados sem obrigação contratual: “alguém da família do paciente ou muito próximo, como um vizinho ou amigo que presta os cuidados, sem que haja qualquer tipo de contrato para o fim de cuidar”.

Estas pessoas são imprescindíveis na estrutura económica de um país, porque evitam que os custos com os dependentes recaiam sobre instituições públicas, cujo financiamento sai do orçamento do Estado e, por conseguinte, agrava os impostos pagos pelos cidadãos. No entanto, Lage (2005, p. 204) lembra que, ao se enfatizar as políticas de desinstitucionalização, tem havido “uma instrumentalização sistemática das famílias”. Claro que não há dúvida de que a existência de cuidadores informais ajuda o dependente a manter maior qualidade de vida, na medida em que lhe permite continuar a viver no seu domicílio (Sequeira, 2018). Assim, como defende Lage (2005, p. 204), a desinstitucionalização é

necessária, mas só pode ter êxito se o Estado colocar à disposição das famílias cuidadoras serviços de apoio. Diz esta autora (2005, p. 205):

O desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias, formais e informais, o idoso permaneça no seu domicílio – na linha do chamado modelo de intimidade à distância –, o que permite conjugar autonomia e cooperação entre os membros da família.

Alguns autores diferenciam o cuidador principal, ou primário, do secundário, de acordo com os papéis assumidos. Neste caso, sobre o cuidador principal, ou primário, recai a responsabilidade da maior parte dos cuidados, enquanto o cuidador secundário realiza de forma esporádica e complementar algumas tarefas (Sequeira, 2007; Pereira e Filgueiras, 2009).

Há que, todavia, dizer que, com a redução da família e as transformações sociais e de mentalidade, é frequente verificar-se uma quebra destas responsabilidades tradicionais: filhos que moram longe (às vezes noutro país), idosos que não aceitam tornar-se dependentes dos filhos. Diz Caldas (2002, p. 55):

Os padrões tradicionais de funções familiares parecem estar-se desmontando diante das transformações sociais, económicas e demográficas. Como consequência mudam os valores culturais em relação aos idosos, em geral, e ao cuidado familiar do idoso, em particular.

### **3.5. Tarefas Exercidas pelos Cuidadores Informais**

Bowers (1987, referida por Figueiredo, 2007, p. 114) defendeu que existem cinco níveis no cuidar. O primeiro consiste em tomar decisões e adotar medidas que prevejam as necessidades futuras do idoso: os cuidados antecipatórios (a noção de *just in case*). O segundo tem a ver com medidas preventivas que evitem o agravamento da saúde do idoso. São, portanto, os cuidados preventivos<sup>8</sup>. No terceiro nível estão os cuidados de supervisão, com marcação periódica de consultas e exames de rotina gerais, para detetar cedo eventuais patologias. No quarto nível encontram-se os cuidados instrumentais,

---

<sup>8</sup> Cf. Capítulo I, 1.5. a prevenção das perturbações depressivas.

ou seja, aqueles que fornecem o apoio prático na vida quotidiana; estes podem passar por uma ajuda na gestão da casa e na sua manutenção. No último nível temos os cuidados protetores, que visam manter a autoestima do dependente, minimizando a consciência que este tem das suas limitações. Estes cuidados são os que causam maior stress ao cuidador. De facto, na maioria das vezes, para que se possa assegurar o bem-estar físico e sobretudo psicológico do idoso, o cuidador faz restrições ao seu próprio bem-estar (Fernandes e Garcia, 2009).

Nolan et al. (1995, referidos por Ekwall et al., 2004, p. 240) reformularam a perspectiva de Bowers, ao pensar no cuidar como um processo com uma ordem cronológica e hierárquica entre os vários níveis. Estes autores defendem que os cuidados protetores são apenas possíveis por um curto período de tempo e devem incluir os cuidados de preservação; a estes acrescentaram os cuidados recíprocos, que Bowers não considerou.

Um cuidador informal de um idoso dependente desempenha todos os cuidados a partir do segundo nível, ou seja, o nível dos cuidados preventivos, os quais são de difícil aplicação, dada a irreversibilidade das dependências de um idoso. As tarefas a executar são, portanto, múltiplas e diferentes conforme o grau de dependência do idoso.

Sequeira (2007, p. 104) diz que os cuidados podem “assumir diversas formas como: a orientação, a vigilância, a ajuda, o apoio e a substituição”. A orientação verifica-se quando o dependente não consegue executar uma tarefa específica de forma autossuficiente; a vigilância garante a correta e segura realização de uma tarefa, evitando acidentes; a substituição ocorre somente quando há total incapacidade para executar a tarefa.

Horowitz (1985, referida por Figueiredo, 2007, p. 113-4) considerou quatro categorias de cuidados: “serviços diretos, apoio emocional, mediação com organizações formais e apoio financeiro”.

James (1992), por sua vez, realça a importância da organização no equilíbrio entre trabalho emocional e trabalho físico, propondo estas três componentes para definir o cuidar. Para este autor é fundamental a organização, porque independentemente da capacidade que o dependente mantém de

solicitar a intervenção do cuidador, cabe sempre a este a responsabilidade de planejar as tarefas que tem de prestar. O trabalho físico do cuidar, segundo James (1992), consiste na ajuda prestada nas ABVD e AIVD, as quais na categoria de Bowers se encontram nos cuidados instrumentais e de supervisão: alimentação, higiene, mobilidade, acompanhamento a consultas e exames e administração de medicação. O trabalho emocional é “uma troca pessoal” (James, 1992, p. 500), que consiste na capacidade de o cuidador responder de forma adequada e delicada ao dependente. Por exemplo, não dizer a um doente com Alzheimer que ele está confuso. Neste âmbito encontram-se, em nossa opinião, os cuidados protetores, de que fala Bowers.

No âmbito dos cuidados preventivos, o cuidador, ao zelar pela segurança do idoso dependente dentro da sua morada, tem de dar uma atenção especial à forma como a casa está concebida. Muitas vezes há que adaptar a morada às necessidades, para evitar acidentes. Isto pode significar ampliar as entradas nas divisões (portas mais largas), eliminar ou proteger esquinas, em que o idoso se possa magoar, substituir degraus por rampas, garantir um banco ou uma cadeira para o banho, substituir a banheira por uma base de chuveiro, entre outras alterações. Se a dependência estiver associada a uma degenerescência mental, pode ser necessário esconder a medicação, os instrumentos acutilantes, como facas e tesouras, e as bebidas alcoólicas. Todos estes cuidados servem para prevenir acidentes e até mesmo tentativas de suicídio.

No âmbito dos cuidados instrumentais, a ajuda nas ABVD ou nas AIVD pode obrigar a conhecimentos específicos. Por exemplo, se o dependente estiver acamado, há que saber algaliá-lo e até efetuar massagens para evitar escoriações.

No âmbito dos cuidados protetores, para usar a classificação de Bowers (1987), é importante tentar integrar o dependente em atividades que o dinamizem e estimulem intelectual e socialmente (AAVD). Só desta forma se consegue contrariar o eventual desejo de isolamento do dependente, levando-o a conviver com outras pessoas, dentro e fora do seu núcleo familiar, desde que a dependência o permita. Neste caso, o cuidador tem de ajustar estas atividades aos interesses do idoso, procurando mantê-lo



ocupado. Constituem atividades possíveis a realização de jogos de cartas e outros como xadrez, damas; bordados em grupo; adivinhas e provérbios, entre outras atividades. Os centros de convívio podem desempenhar, neste âmbito, uma função complementar relevante, porque aí o idoso interage com outras pessoas e é desafiado para pôr em prática atividades diversas. Assim, o cuidador informal pode também acompanhar o idoso a estes centros de convívio ou a outros lugares que permitam desenvolver tarefas de acordo com os gostos do dependente. Em casa, o cuidador pode promover o convívio com outros familiares. No entanto, alguns autores alertam para o facto de a proximidade física, que caracteriza a relação entre cuidador e dependente, levar, em geral, a um deterioramento da capacidade do cuidador para prestar este cuidado emocional (Martín, 2005, p. 188).

### **3.6. Repercussões Negativas da Prestação de Cuidado**

#### **3.6.1. A sobrecarga**

A transição para o papel de familiar cuidador implica uma adaptação que nem sempre é fácil. Correia (2017) fala em três fases essenciais nesta transição: o reconhecimento da necessidade de prestar o cuidado, a assunção do papel de cuidador e a libertação desse papel. A prestação de cuidados a idosos com forte dependência pode criar situações de tensão (stress) aos cuidadores. Martins et al. (2016) consideram essencial o apoio de enfermeiros, a existência de recursos materiais e humanos e os apoios financeiros.

Caçote e Faria (2016, p. 50) explicam que a perceção de uma situação causadora de tensão varia consoante o grau de vulnerabilidade do indivíduo, resultando a vulnerabilidade “da relação entre a predisposição pessoal e os acontecimentos da vida quotidiana”. Segundo Pereira e Soares (2011, p. 305), Treudley introduziu o conceito *burden* em 1946 na literatura psiquiátrica inglesa. Pode definir-se a sobrecarga do cuidador como o impacto negativo causado pela prestação de cuidados a um membro familiar dependente. Segundo Sousa (2004, citado por Santos, 2008, p. 63):

o termo sobrecarga (*burden*) refere-se ‘(...) ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional’.

A perceção da sobrecarga tende a aumentar com o agravamento da dependência do idoso, cuja situação é, além do mais irreversível (Pereira e Soares, 2011, p. 306; Garret, Martins e Ribeiro, 2013, p. 133). Correia (2017, p. 52) chama a atenção para o facto de haver cada vez maior risco de repercussões negativas do cuidar sobre os cuidadores informais, devido à perspetiva de aumento de prevalência de diversas doenças crónicas e da doença de Alzheimer”<sup>9</sup>.

Souza et al. (2015, p. 141) explicam que o conceito “sobrecarga” é multidimensional, pois resulta da combinação de diferentes variáveis: “tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis”. No entanto, estes autores alertam também para a importância de o cuidador ser capaz de compreender de forma exata qual o grau de assistência, se total, média ou mínima, que o dependente requiere para a realização de uma atividade. Pois há que analisar se “o sujeito que recebe o cuidado possui condições físicas e cognitivas para realizar uma determinada atividade”; na verdade, “a falta de conhecimento, o medo e o sentimento de estar negligenciando o cuidado fazem com que o cuidador não delegue a tarefa, privando-o de melhoria funcional e possível independência” (2015, p. 147).

Quando os cuidadores ainda têm uma vida profissional ativa e filhos pequenos (e neste caso referimo-nos sobretudo aos filhos dos idosos dependentes ou aos cônjuges com grande diferença de idades), há uma inevitável sobrecarga, porque estas pessoas, para além de cuidarem do idoso, têm de manter a sua rotina diária, ou seja, têm de acompanhar o crescimento e a educação dos filhos e manter uma vida profissional ativa (Souza et al. 2015, p. 144). De facto, a necessidade de assistir o idoso à hora das refeições exige uma disponibilidade de horário que pode ser difícil de conciliar com as

---

<sup>9</sup> Cf. Capítulo II, a dependência e depressão no idoso.

atividades profissionais e a vida pessoal do cuidador. A ajuda nas ABVD e nas AIVD fica, sem dúvida, facilitada se o cuidador viver perto ou na mesma habitação do dependente. Pode acontecer que haja até necessidade de interromper o trabalho (Souza et al. 2015, 141). López et al. (2005, p. 10), no seu estudo sobre o impacto positivo da prestação de cuidados, em Espanha, concluem que conseguem maior satisfação os cuidadores que não têm de trabalhar fora de casa e convivem durante mais horas diárias com o idoso.

Na verdade, a situação de cuidadores com vida profissional ainda ativa pode comprometer seriamente a relação conjugal (no caso de o cuidador ser filho do dependente), as relações com os filhos (caso estes sejam ainda crianças ou adolescentes) e provocar um isolamento no cuidador, que tende a reduzir as atividades sociais para conseguir cumprir as suas tarefas com o idoso (Pereira e Carvalho, 2012).

Vários estudos indicam que os cuidadores informais se queixam da sua menor qualidade de vida por causa de fadiga, falta de resistência física, irritabilidade, ansiedade, insónias e cansaço psíquico. A sensação de sobrecarga e de perda de liberdade pode ser geradora de frustrações (Simonetti e Ferreira, 2008, p. 24). Roth et al. (2015, p. 311) dizem que os níveis de stresse são maiores quando os cuidadores não têm suficientes recursos internos e externos para se adaptarem à situação da prestação de cuidados. Entre os primeiros colocam a informação, as aptidões, as estratégias de *coping* e entre os segundos estão os recursos financeiros, o apoio da rede formal de cuidados e o suporte informal de outros familiares cuidadores que partilhem as tarefas.

Diz Brito (2002) que as mulheres, que como vimos são quem com mais frequência realiza o papel de cuidadora informal, tendem a envolver-se mais do que os homens do ponto de vista emocional, o que as leva a sentir maior tensão psíquica. É frequente o cuidador colocar as necessidades e desejos do idoso em primeiro lugar, remetendo as suas para um plano secundário (Pereira e Soares, 2009).

Como os fatores agravantes a seguir enunciados deixam claro, a sobrecarga tem uma dimensão objetiva e uma dimensão subjetiva (Santos, 2008). De facto, como explica Brito (2002), há que ter em

conta que uma mesma situação pode ser sentida de forma diferente por dois cuidadores, provocando, num, tensão e no outro não. A realidade objetiva e a percepção subjetiva não têm de ser coerentes. Diz Brito (2002, p. 43), apoiando-se em Morris et al. (1988) e Huckle (1994), “a denominada sobrecarga subjetiva resultará, por seu lado, da responsabilidade emocional do prestador de cuidados a toda a situação, incluindo a forma como ele sente a situação de sobrecarga, e o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão”.

Na dimensão objetiva são importantes fatores como o tempo despendido com a prestação de cuidados e as consequências específicas e observáveis, como as perdas financeiras, o agravamento de trabalho, as alterações nas rotinas diárias, a interferência na vida social, pessoal e profissional (Pereira e Soares, 2011). Segundo Santos (2008, p. 63) esta dimensão “resulta da exigência dos cuidados prestados e das consequências nas várias áreas da vida do cuidador”. A dimensão subjetiva deriva da percepção individual da situação e define-se pelas reações emocionais do cuidador, que pode sentir desamparo, tristeza, culpa ou, muito pelo contrário, satisfação e agradecimento. Diz Santos (2008, p. 63) que esta dimensão “deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar”.

Segundo Pereira e Soares (2011, p. 306) na dimensão subjetiva inserem-se “sentimentos de desamparo, tristeza, culpa, assim como de perda semelhante ao luto”, e ainda certas doenças. Brito (2002, p. 44) refere, no âmbito da dimensão subjetiva, o tipo de relação afetiva entre cuidador e idoso, “o grau de apoio sentido, as estratégias de *coping* utilizadas e os significados atribuídos à situação”<sup>10</sup>. Lage (2005, p. 220), no estudo que efetua sobre a sobrecarga de cuidadores de idosos dependentes, sem demência, conclui que os filhos que desempenham o papel de cuidadores sentem mais o impacto negativo do cuidado, apresentando pior índice de vigor-atividade. Esta ideia conflitua, em parte, com a conclusão de Salin, Kaukonen e Asted-Kurki (2009, referidos por Cruz et al. 2010, p. 134), segundo a qual diz que os cuidadores mais novos sentem mais satisfação com a prestação de cuidados. Também Pereira e Carvalho (2012, p. 376), no estudo que fazem sobre a sobrecarga em cuidadores de idosos

---

<sup>10</sup> Sobre o *coping* remetemos para 3.8. O *Coping* nos Cuidadores Informais.

com dependência funcional, no Norte de Portugal, concluem no sentido contrário ao de Lage (2005), pois os cônjuges cuidadores apresentam “pior qualidade de vida e mais ansiedade quando comparados com os cuidadores filhos adultos e outro tipo de cuidadores”.

#### **3.6.1.1. Fatores agravantes da sobrecarga**

No agravamento da sobrecarga sentida pelos cuidadores os autores destacam vários fatores. Ricarte (2009) no seu estudo sobre os cuidadores informais de idosos no concelho da Ribeira Grande, conclui que o nível de maior dependência nas atividades diárias aumenta o nível de sobrecarga do cuidador. Pereira e Soares (2011, p. 309) também referem que determinadas patologias (doenças mentais e dependência de substâncias) podem agravar o mal-estar do cuidador e acentuar o seu isolamento.

Assim, do ponto de vista da dependência propriamente dita, como fatores agravantes Caldas (2002) realça a desorientação espaço-temporal, a letargia e a indiferença afetiva do dependente; Sequeira (2007, 2018) destaca o *sundorning*. Pereira e Filgueiras (2009) consideram fatores agravantes da sobrecarga as alterações comportamentais e cognitivas do dependente. De facto, como vimos no capítulo anterior, as doenças de foro mental levam a situações de dependência que tendem a agravar-se, criando novas e maiores exigências ao cuidador. Por exemplo, a demência vascular leva a um défice cognitivo variável e pode associar-se à demência de Alzheimer, embora isso não tenha de acontecer necessariamente. Segundo o estudo de Gatão (2006, referido por Pereira e Filgueiras, 2009) o tempo médio para prestar cuidados a um idoso com demência é de cerca de quinze horas. Ocampo et al. (2007), na análise que fizeram a trinta e cinco idosos com mais de sessenta anos, residentes na cidade de Buenaventura, na Colômbia, consideram como fator agravante a existência de doenças crónicas.

Andrade (2009) elenca, a partir da sua análise, o cuidar de mais do que um dependente, o aumento da quantidade/intensidade dos cuidados, o grau de dependência do idoso, a falta de informação sobre a evolução da saúde do dependente e/ou das técnicas mais adequadas a implementar, a dificuldade ou

falta de colaboração do idoso, o isolamento social, a escassez de recursos económicos, os conflitos familiares, a ausência de apoio formal e informal, a idade do cuidador e a dificuldade em este aceitar o seu papel.

Gonçalves (2002) identifica os seguintes fatores de sobrecarga, segundo os cuidadores informais: 1º prestar cuidados de forma contínua e direta, com necessidade de estreita vigilância; 2º desconhecer tecnicamente a forma adequada de desempenhar a tarefa; 3º ser o único cuidador; 4º ter eventuais problemas de saúde; 5º lidar com conflitos familiares e a falta de reconhecimento do esforço; 6º enfrentar dificuldades financeiras e a necessidade de reduzir as atividades sociais e profissionais e abandonar as atividades de lazer.

Santos (2008, p. 137), por seu lado, menciona dificuldades físicas (fadiga e doença), psicológicas (não aceitação da dependência e geração de sentimentos de tristeza, prisão, ambivalência, culpa, solidão), sociais (insatisfação de respostas dos serviços disponíveis, “os custos dos serviços de apoio domiciliário, rejeição por parte do idoso dependente do apoio formal”), financeiras, técnicas (neste caso, o tipo de dependência e o número de dependentes a cargo de um cuidador são dois fatores relevantes), e, por fim, a “falta de condições ao nível habitacional e falta de cooperação da família”.

Além das alterações comportamentais e cognitivas do dependente, Pereira e Filgueiras (2009) também referem como fatores agravantes o baixo nível de escolaridade do cuidador e a sua baixa remuneração profissional; o género e o parentesco do cuidador; o impacto financeiro, laboral e social; e o impacto na saúde e bem-estar do cuidador. Fernandes (2009) tem uma opinião diferente sobre os fatores agravantes da sobrecarga, dos quais exclui tanto as características sociodemográficas (o sexo, a idade, a profissão, a escolaridade, o estado civil e o rendimento mensal), bem como o apoio domiciliário. No seu estudo em que analisou vinte e três cuidadores familiares de dependentes com doença crónica grave incurável, concluiu que apenas era relevante o grau de dependência do idoso.

A ausência de conhecimentos sobre as técnicas a aplicar no ato de cuidar é também referida por outros autores, como Cruz et al. (2010), como impeditiva de confiança na prestação de cuidados. Para

estes autores o enfermeiro está numa posição privilegiada para esclarecer, encorajar e apoiar os cuidadores. De facto, o estudo de Yamada e Hagihara (2008, referido por Cruz et al., 2010, p. 134) revelou que o diálogo com um profissional de saúde era importante para os cuidadores, no âmbito do alívio da sobrecarga. No entanto, segundo este estudo, a educação para a saúde não foi valorizada pelos cuidadores talvez por estes não reconhecerem as suas necessidades educativas, segundo a interpretação de Cruz et al. (2010). Souza et al. (2015, p. 141), ao referir a situação dos cuidadores informais no Brasil, estimam em cerca de duzentos mil o número de cuidadores que sentem falta de informação.

A escassez de apoios disponibilizados pela sociedade compromete a qualidade de vida dos cuidadores, que passam assim “por situações de grande sobrecarga física, psicológica e emocional” (Pereira e Carvalho, 2012, p. 371). Na verdade, os equipamentos e os serviços públicos são comumente insuficientes e inadequados, o que pode conduzir a profundas alterações na estrutura familiar destes cuidadores. A própria degenerescência da personalidade provocada por certas doenças mentais pode ser geradora de conflitos e causar mal-estar ao cuidador, que não tem preparação específica para lidar com este tipo de dificuldades, levando-o a sentir-se frustrado e até desesperado.

Acrescentamos a estes fatores de sobrecarga do cuidador a personalidade do idoso, oponente ou adjuvante dos cuidados a prestar, e a compleição física do dependente. Em relação à primeira importa dizer que há idosos que aceitam bem a dependência em que passaram a viver e procuram facilitar, ajudando na medida do mais possível, a prestação de cuidados; outros, amargurados com a sua situação, por vezes até vítimas de depressões, por causa disso, recebem contrariados os cuidados. Esta disposição pode gerar conflitos entre idoso e cuidador. Na verdade, é muito importante o tipo de relacionamento que se estabelece entre o idoso e o cuidador, o qual é suscetível de criar uma maior ou menor cumplicidade entre ambos (Sequeira, 2007). Quando o idoso reconhece em quem cuida dele um amigo, e até mesmo um aliado, desencadeia-se uma situação de compreensão e de receptividade que facilita o cumprimento das tarefas, reduzindo o eventual stresse do cuidador.

Quanto à constituição física do dependente, não podemos deixar de reconhecer que a obesidade num dependente agrava fortemente a prestação de cuidados, podendo até exigir a intervenção de terceiros, que podem também ser também cuidadores informais. E nestes casos, se o terceiro provier do mesmo núcleo familiar, podem agravar-se as perturbações causadas no quotidiano de uma família: por exemplo, se o idoso dependente tiver um só descendente e este necessitar da ajuda do/a cônjuge para lhe dar o banho diário, os netos deste idoso ficarão privados mais tempo da atenção/acompanhamento dos pais.

Simonetti e Ferreira (2008, p. 24) mencionam um aspeto que, em nossa opinião, não deve ser desprezado: o sentimento de culpa que muitos familiares sentem caso não cuidem, eles próprios do idoso dependente, “como se não cuidar diretamente implicasse em abandono”. Consideramos que esta atitude constitui um fator agravante, pois pode levar a situações de enorme stresse, e até de depressão, nos cuidadores que querem assumir a realização de uma tarefa para a qual estão impreparados, ou por desconhecimento técnico ou por incapacidade física.

### **3.6.2. A depressão**

A perceção de sobrecarga, por parte, dos cuidadores informais, pode levar ao desenvolvimento de vários problemas de saúde, sendo os mais frequentes, segundo Leite et al. (2017, p. 889), tensão alta, depressão, problemas digestivos e até psiquiátricos. Rocha e Pacheco (2013, p. 51) alertam para a importância dos profissionais de saúde estarem atentos para a manifestação de sintomas de angústia nos cuidadores<sup>11</sup>, uma vez que estes podem ser a fase inicial do desenvolvimento de complicações depressivas mais graves.

Brito (2002) realça a depressão. Na verdade, a vida pessoal e profissional do cuidador pode ser afetada, ficando em risco o seu equilíbrio psicossocial (Lage e Araújo, 2014). Os fatores agravantes

---

<sup>11</sup> Cf. Capítulo I, 1.5. a prevenção das perturbações depressivas.



podem implicar esforço físico, psicológico e até económico que, conjugados, potenciam a depressão. Porque não só não há forma de reverter a situação de um idoso dependente, como também o estado de saúde deste tende a agravar-se, a sobrecarga dos cuidadores pode evoluir para uma situação de depressão (Pereira e Soares, 2009). A depressão advém, neste caso, do stresse do cuidar.

Estudos citados por Pino-Casado et al. (2017) mostram que a prevalência da depressão em cuidadores de idosos se situa entre os 26% e os 57% e está relacionada com o stresse do cuidar. O stresse é, portanto, uma reação do organismo a situações ou acontecimentos difíceis de experienciar, os quais obrigam a uma adaptação, como acontece com a situação de dependência crescente. O organismo reage recorrendo a um conjunto de estratégias de defesa (*coping*) que podem ou não ser eficazes. Paúl (1997), referido por Brito (2002), relaciona a sintomatologia depressiva dos cuidadores com determinadas variáveis, como o sexo, a idade, a atividade profissional, entre outras.

### **3.7. Repercussões Positivas da Prestação de Cuidados**

Vários autores têm desenvolvido este tópico, nomeadamente Nooan e Tennstedt (1997), Sommerhalder (2001), Brito (2002), Laham (2003), López et al. (2005), Lage (2005), Sequeira (2007, 2018), Pereira e Filgueiras (2009). Andrade (2009, p. 162) considera que a perceção da sobrecarga se atenua e a adaptação ao papel de cuidador é maior, quando há uma relação de parentesco muito próxima, nomeadamente quando o dependente fica a cargo do cônjuge. No estudo que Lage fez a duzentos e catorze cuidadores principais de idosos funcionalmente dependentes, em Portugal, concluiu também que as relações de natureza individual entre idoso e cuidador são fundamentais no impacto do cuidado. Andrade (2009, p. 162) Esta autora enumera diversos fatores de alívio da sobrecarga: a relação de proximidade que o cuidador tinha com o dependente, antes de a dependência surgir; a manutenção, por parte do cuidador, de tempo para realizar as atividades de lazer habituais; a realização de atividades recreativas; a possibilidade de partilhar sentimentos com outrem; a possibilidade de ter ajuda de um terceiro; o conhecimento sobre o estado de saúde e da sua evolução, bem como das

técnicas de cuidado mais adequadas à situação; a disponibilidade de recursos económicos; a manutenção do emprego e o reconhecimento social.

Hogstel, Curry e Walker (2005) destacam quatro benefícios: capacidade de valorizar os aspetos simples da vida; resolução de feridas e conflitos passados; ganho de maior facilidade em lidar com situações de tensão e de as superar; a aceitação do próprio envelhecimento a partir do convívio com os membros mais velhos da família, sem alimentar ideias pessimistas, com consciência do bom e do mau em si próprio e nos outros.

Como diz Sequeira (2007, 247; 2018, p. 327), “o cuidar pode constituir um ato de amor, proporcionar um ‘sentido de vida’, um ‘para quê viver’ através da relação afetiva que se estabelece”. Não esqueçamos que, na sociedade, há pessoas que optam por realizar trabalhos de voluntariado, às vezes difíceis, que se explicam precisamente pelo desejo de entrega e de solidariedade, como fonte de equilíbrio pessoal. Ora essas pessoas, se tiverem de lidar com uma situação súbita, no seio familiar ou no seu núcleo de amigos, em que seja necessário prestar cuidados a um idoso que fique dependente, poderão viver a situação como uma alternativa à doação de amor que faziam a estranhos, em regime de voluntariado. E mesmo aqueles que não descobriram ainda a satisfação que a dádiva de amor pode trazer, a necessidade de prestar cuidados a alguém dependente pode constituir uma fonte inesperada de harmonia. Como referem Nooan e Tennstedt (1997) a dimensão emocional da crença positiva sobre a prestação de cuidados influi fortemente na sensação do benefício ou ganho obtido com essa situação. Também Sequeira (2007, 2018) realça, a partir destes dois autores, o aumento do bem-estar psicológico como fonte de satisfação do cuidador.

Sommerhalder (2001) aponta como benefícios a perceção de um sentimento de realização e crescimento pessoal, fonte de satisfação consigo mesmo; o aumento do sentimento de orgulho; o ganho de maior capacidade para enfrentar desafios, a satisfação que advém da valorização social.

Há também que referir a situação daqueles que já não têm uma atividade profissional e encaram a situação da prestação de cuidados como uma nova função que têm de desempenhar (Laham, 2003).

Nestes casos estas pessoas transferem a satisfação de ter o tempo ocupado com a realização de uma profissão no mercado de trabalho para a satisfação de ocupar o tempo a cuidar de um dependente. O facto de o horário poder ser exigente, porque bastante preenchido, surge como uma mais-valia, em vez de ser uma desvantagem. Na verdade, as oito horas normais do horário laboral passam a ser vividas junto do idoso dependente, dando um novo sentido à vida daquele que se angustiava com o passar do tempo sem obrigações laborais. Aliás, esta pode ser uma forma de evitar as frequentes situações de depressão em que entram os aposentados, depois de alguns meses de reforma. Em suma, prestar cuidados a um dependente pode constituir uma alternativa positiva à profissão outrora desempenhada.

O contacto com uma determinada dependência pode ainda levar o cuidador a um estudo aprofundado da situação: evolução da doença, modos de responder às dificuldades. Esta investigação que o cuidador pode ter ensejo de realizar para desempenhar melhor as suas funções poderá causar-lhe uma satisfação especial, na medida em que o leva a descobrir novos conhecimentos, novas competências, novas habilidades (Brito, 2002). Uma pessoa que não tenha trabalhado no âmbito médico, mas que se interesse por este, seja do ponto de vista psiquiátrico seja do ponto de vista da doença física, pode sentir-se agradada com o facto de ter de investigar nesta área.

Além disso, a valorização social de que o cuidador se apercebe à medida que desempenha as suas tarefas (Sommerhalder, 2001, e até mesmo o reconhecimento que pode encontrar na família mais próxima por estar a cuidar de um idoso dependente, são motivos de bem-estar psicológico, que tornam gratificante a prestação de cuidados informais. Na verdade, a sociedade olha com admiração aqueles que reconhece como pessoas capazes de dar amor de forma abnegada. Esse reconhecimento pode trazer um sentimento de satisfação ao cuidador, provenha ele da família mais próxima do dependente ou de amigos do mesmo. Ser olhado como alguém capaz de uma generosidade extraordinária pode dar um sentido próprio à vida do cuidador.

Em suma, prestar cuidados a um idoso dependente pode originar um sentimento de crescimento pessoal e de realização, suscetível de advir seja da descoberta de novos interesses e competências seja

da possibilidade de dar amor ao próximo seja do reconhecimento social seja da possibilidade de ocupar o tempo.

### **3.8. O *Coping* nos Cuidadores Informais**

Neste âmbito que estamos a estudar, designam-se *coping* as estratégias cognitivas e comportamentais usadas pelos cuidadores para reduzir a sobrecarga da prestação de cuidados (Nunes et al., 2014), permitindo assim “gerir a situação causadora de stresse” (Santos, 2008, p. 65). Martins et al. (2003, cit. por Santos 2008, p. 189) dizem que os mecanismos de *coping* são “mediadores críticos em relação ao stresse; eles influenciam todo o processo com vista à resolução de um problema e/ou controlo das emoções resultantes da situação”. Estes processos abrangem, portanto, ações e decisões (Santos, 2008, p. 65).

Santos (2008), no seu estudo aplicado ao concelho da Lourinhã, conclui que existem estratégias de *coping* internas e externas. Nas primeiras, a autora inclui a aceitação da situação e a planificação de atividades; as segundas, que consistem na procura de apoio exterior, abrangem o apoio informal de amigos, vizinhos e familiares, o apoio formal de serviços criados para o efeito (centros de dia e outras estruturas), o recurso a medicamentos, o apoio na religião e a realização de atividades de lazer ou simplesmente de distração, como, por exemplo, guiar até à beira mar. Além destas estratégias, a autora considera como relevante a existência de experiências anteriores com outros idosos. Isso pode acontecer, por exemplo, quando o cuidador teve uma experiência de voluntariado com idosos dependentes.

Simonetti e Ferreira (2008, p. 23) distinguem, por um lado, as estratégias centradas no problema, “quando se faz uso do processo de solução de problema, como enumerar alternativas e escolher uma ação”, por outro lado, as estratégias focadas na emoção, nas quais “há uma tentativa de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse”. Segundo estas autoras, os cuidadores recorrem sobretudo a estas últimas, porque elas ajudam a amenizar situações irreversíveis. A crença na religião e a

resignação de que a renúncia à vida pessoal é inevitável, seja por dever seja por sentimento de culpa, são as estratégias de *coping* centradas nas emoções que Simonetti e Ferreira (2008) referem a título exemplificativo.

López et al. (2005, p. 7-9), no estudo que fizeram com base em cento e onze cuidadores de idosos dependentes, em Espanha, concluíram que a aceitação e a planificação de estratégias para superar as dificuldades eram recursos frequentes, embora houvesse também cuidadores que recusassem aceitar a realidade (negação), que procurassem formas de não pensar no problema, que se refugassem na religião e que procurassem apoio emocional. Tentando explicar a negação González et al. (2010, p. 5) dizem que provavelmente esta é um mecanismo de proteção: através dela os cuidadores evitam agravar o seu sofrimento, sentindo que viver de forma cega pode ser mais fácil do que enfrentar a realidade, já que não há perspectivas de o dependente melhorar.

Salin, Kaukonen e Asted-Kurki (2009, referidos por Cruz et al. 2010, p. 133), concluem que 89% dos cuidadores recorrem ao estabelecimento de prioridades para enfrentar a sobrecarga da prestação de cuidados. Além disso, estes autores referem ainda o controlo das emoções, o “encarar a vida por etapas”, “o relembrar os bons momentos partilhados com o idoso” e a procura de aspetos positivos na situação. Não menos relevante, parece-nos, é a ilação que os mesmos autores tiram do estudo que levaram a cabo acerca de não haver relação expressiva entre o género dos cuidadores e as estratégias usadas, ou seja, não há estratégias específicas de cada sexo.

Dispor de suporte formal e informal complementar pode ajudar a sentir menor impacto da sobrecarga. De facto, estudos realizados por Lage (2005), Pereira e Carvalho (2012) confirmam que os cuidadores que têm um apoio formal sentem menos o impacto negativo da prestação de cuidados. A assistência nas tarefas domésticas, como limpar a casa, cuidar da roupa, cozinhar e fazer compras, pode ser aliviada com o recurso aos serviços disponibilizados pelos Centros de Dia ou até por empregadas domésticas.

O mesmo efeito tem a possibilidade de se ser substituído temporariamente no papel de cuidador (Pereira e Carvalho, 2012, p. 378). Exel et al. (2007, p. 334) falam em “respite care”, “suspensão temporária do cuidado”, a qual pode assumir a forma de um curto intervalo: “support groups, information, education and counselling by professionals; special holiday arrangements, day-care programs, and in-home respite care (...) a weekly (part of the) day off, or the opportunity to go an organised holiday for patients and their caregivers”<sup>12</sup>. No seu estudo efetuado com uma amostragem de trinta e três cuidadores, na cidade de Roterdão, Exel et al. (2007) concluem que a suspensão temporária dos cuidados ajuda a uma prestação mais responsável e diminui a sobrecarga sentida pelos cuidadores. Estes autores identificaram três grupos distintos de cuidadores informais: aqueles que precisam e pedem a suspensão temporária; os que precisam dela, mas não a solicitam; e os que prescindem dela.

Rocha e Pacheco (2013, p. 55), no estudo que fizeram, no concelho de Faro, com base em cento e dez cuidadores informais de idosos, com uma média de idade de oitenta anos, concluíram que as estratégias de *coping* centradas no cuidador constituem uma forma mais eficaz de enfrentar a intensidade do stresse. Concluem ainda estes autores (2013, p. 52) que os cuidadores com um nível de escolaridade mais baixo optam preferencialmente por estratégias que consistem em partilhar o problema e por aquilo que designam “perceções alternativas sobre a situação”.

### **3.8.1. Alguns instrumentos para avaliar as repercussões da prestação de cuidados e *coping***

O CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index) é um questionário, tal como o CAMI (Caregivers' Assessment Management Index) e o CASI (Carers Assessment of Satisfactions Index), criado por autores ingleses para avaliar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, as

---

<sup>12</sup> “... grupos de apoio, informação, educação e aconselhamento prestado por profissionais; programas especiais de férias, programas de cuidado diário e de suspensão temporária do cuidado em casa (...) ... uma folga semanal (ou numa parte do dia) ou a oportunidade de fazer férias organizadas para os doentes e os seus cuidadores...”.

estratégias por estes usadas, bem como as fontes de satisfação (Sequeira, 2018). Estes questionários foram adaptados à realidade portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002).

No CADI enumeram-se trinta eventuais dificuldades, que se estruturam segundo Nolan, referido por Sequeira (2018, 211), em sete fatores: “problemas relacionais com o idoso”, “reações à prestação de cuidados”, “exigências de ordem física da prestação de cuidados”, “restrições da vida social”, “falta de apoio familiar”, “falta de apoio profissional” e “problemas financeiros”. Sequeira (2007) aplicou o CADI à situação vivida em Portugal, pelos cuidadores informais, encontrando diferenças assinaláveis em relação à vivência no Reino Unido, e sistematizou as dificuldades em seis fatores: “problemas relacionais”, “restrições sociais”, “exigências do cuidar”, “reações ao cuidar”, “apoio familiar”, “apoio profissional” (Sequeira 2018, 212).

Sequeira (2018) explica que Nolan, Grant e Keady (1996, 1998) estruturaram em três categorias a forma de lidar com as dificuldades emocionais elencadas pelo CAMI, conforme se trata de: 1. Enfrentar a adversidade dos problemas; 2. Reduzir o stresse; 3. Perspetivar de forma mais otimista as situações.

Assim, no âmbito das primeiras propõem-se as seguintes estratégias: planificar com antecedência as tarefas, tentando prever o surgimento de problemas, e tentar aplicar esse plano com rigor; procurar o auxílio mais alargado da família e dos serviços sociais disponíveis; diversificar as atividades do idoso dependente; otimizar a casa de forma a torná-la mais funcional; sentir autoconfiança e manifestar segurança e firmeza com o idoso dependente; buscar informação sobre a dependência em causa; ter consciência de que às vezes é necessário procurar várias soluções até se encontrar a ideal.

Quanto às formas de lidar com o stresse, podemos destacar como mais relevantes a partilha das dificuldades com uma pessoa específica ou um grupo que lide com o mesmo tipo de problemas; o uso de técnicas de relaxamento, que podem passar pela meditação ou pela prática de exercício físico, como o ioga; não perder de vista os interesses próprios, reservando sempre algum tempo para os *hobbies*; ter coragem de lidar com as próprias emoções, exprimindo-as seja pelo choro seja pela palavra. No que

diz respeito à manifestação de otimismo para encarar as dificuldades, destacamos a necessidade de reconhecer a realidade em vez de fugir dela; o viver o quotidiano sem antecipar problemas; procurar manter uma postura de alegria e boa disposição; ser capaz de não estar constantemente a pensar no que corre mal; não culpabilizar ninguém pela situação e encarar esta sempre de uma maneira positiva.

Em suma, podemos, seguindo Sequeira (2018, p. 223), dizer que existem “estratégias centradas na prestação de cuidados”, “perceções alternativas sobre a situação”, “estratégias centradas no problema”, “estratégias centradas no cuidador”, “estratégias centradas no meio”, “estratégias centradas na partilha do problema”, além de “comunalidades”, ou seja, os fatores comuns.

O CASI pretende avaliar o grau de satisfação do cuidador no desempenho das suas tarefas, pois, na realidade, existem quer benefícios para o próprio quer benefícios para ambos, dependente e cuidador. São causas de satisfação para o cuidador ver o dependente satisfeito, equilibrado, confortável, limpo, com as suas necessidades satisfeitas e até, se for possível, perceber que o dependente consegue fazer progressos em algumas áreas. O facto de o dependente, e até mesmo a sua família, valorizar o trabalho do cuidador aumenta o nível de satisfação deste. A prestação de cuidados pode ainda contribuir para um alargamento de conhecimentos e de interesses, levando o cuidador a criar novos contactos e a descobrir interesses. No âmbito do benefício mútuo, a criação de uma relação mais próxima pode ser fonte de contentamento para ambos, tal como a dádiva de amor, em si mesma, pode trazer um comprazimento especial de que saem beneficiados tanto o cuidador como o dependente.

A ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social) avalia, como explica Sequeira (2018, p. 236), a satisfação do cuidador relativamente ao apoio social, em quatro fatores “a satisfação com os amigos; o suporte social íntimo; a satisfação com a família; a satisfação com as atividades sociais”. Sequeira (2007) conclui que o item que apresenta maior insatisfação é o último. Para avaliar a sobrecarga do cuidador, Sequeira (2007) traduziu e adaptou à realidade portuguesa a ESC (Escala de Sobrecarga do Cuidador), a partir da Escala de Zarit<sup>13</sup>. Os seus vinte e dois itens são organizados por Sequeira (2007,

---

<sup>13</sup> Cf. Capítulo IV, 4.2. Entrevista de Zarit.



p. 205) em quatro fatores: “impacto da prestação de cuidados”; “relação interpessoal”; “expectativas face ao cuidar”; “perceção de autoeficácia”. Esta escala tem sido sobretudo usada para avaliar os cuidadores de idosos dependentes com demência ou doença crónica.

Existem outros instrumentos para avaliar a sobrecarga no cuidador, como o QASCI (Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal), também adaptado à realidade da população portuguesa. São sete as subescalas deste instrumento, as quais abrangem: as repercussões do papel de cuidador na vida privada deste; a satisfação com o desempenho da função de cuidador; o impacto das exigências; o peso emocional sentido; o apoio da estrutura familiar; o ónus financeiro do desempenho da função; e a visão que o cuidador adquire sobre a eficácia do seu papel (Sequeira, 2018).

A escala que avalia a sobrecarga dos cuidadores informais de doentes psiquiátricos (*Family Burden Scale for Caregivers of Psychiatric Patients*), igualmente traduzida para português, aplica-se aos últimos trinta dias da prestação de cuidados e tem cinco subescalas, como explica Sequeira (2018, p. 247): “assistência na vida quotidiana do doente; supervisão dos comportamentos problemáticos do doente; gastos financeiros do familiar com o doente; impacto na vida diária da família; preocupações do familiar com o paciente”.

O CSI (*Caregiver Strain Index*) enumera treze fontes de stresse no cuidador, que podem exigir intervenção exterior. Destas destacamos: as perturbações de sono; sobrecarga económica; o cansaço físico e emocional; a adaptação da vida do cuidador em termos pessoais e profissionais.

## **CAPÍTULO IV**

### **Metodologia, Objetivos e Hipóteses**

Neste capítulo explicaremos a metodologia usada para compreender melhor a qualidade de vida e o estado de saúde dos cuidadores informais de idosos dependentes. Preparámos, assim, um conjunto de questionários, que submetemos a cuidadores informais com quem contactámos casualmente, alguns ligados a instituições da zona de Lisboa: Santa Casa da Misericórdia, Centro de Dia de Santo António dos Cavaleiros, Centro de Dia de S. Maximiliano, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), Centro de Dia das Antigas Alunas de Odivelas, além de alguns contactos particulares.

Escolhemos cinquenta participantes, sem qualquer pretensão de que este número fosse representativo da totalidade de cuidadores informais existentes em Portugal, dado que, como já dissemos, o número total desta população é ainda desconhecido. Estes cuidadores que participaram nos questionários reuniam várias características comuns: 1. Eram sempre o cuidador principal, ou o único, do dependente idoso; 2. Tratavam sempre de um idoso com elevado grau de dependência; 3. Residiam todos na região de Lisboa; 4. Pertenciam todos a uma classe social média.

No contexto da investigação e de acordo com o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos, 2011), respeitámos o anonimato (confidencialidade e privacidade); a dignidade e os direitos dos participantes, tratando todos de forma igual e não pondo em causa as opiniões expressas e permitindo que os inquiridos desistissem, em qualquer momento, se essa fosse a sua vontade. Em nome da beneficência, mencionada no código, procurámos não causar quaisquer danos aos participantes, evitando colocar as questões que criassem dificuldades ou desconforto.

Assim, pedimos a todos os participantes que assinassem uma carta de consentimento informado<sup>14</sup>, em que esclarecemos:

1. os objetivos do nosso estudo;

---

<sup>14</sup> Cf. Anexo 7.

2. a forma como trabalharíamos a informação obtida;
3. a possibilidade de desistir;
4. a forma de aceder aos nossos resultados e conclusões da investigação através do site da Universidade Autónoma de Lisboa, onde a dissertação ficará em acesso livre;
5. a independência do processo relativamente ao cuidador e ao dependente idoso.

A participação foi, portanto, voluntária e informada.

Para avaliar a capacidade funcional do idoso dependente utilizámos o Índice de Barthel (Mendes, 2010; Apóstolo, 2012; Sequeira, 2018). Para avaliar a sobrecarga, a depressão e as estratégias de *coping* do cuidador informal usámos a Entrevista de Zarit (Sequeira, 2007 e 2010; Apóstolo, 2012), o Inventário de Depressão de Beck (Gorestein, Andrade, 1998) e a Escala de *Toulouse* de *coping* (Pronost, 2001; Tap, Costa e Alves, 2005; Nunes et al., 2014; Amaral-Bastos, 2015).

Precedem estes questionários outros dois, criados por nós, com o objetivo de melhor caracterizar o cuidador e o dependente idoso.

A aplicação das escalas e dos questionários foi efetuada com precaução deontológica, assegurando que o participante no estudo não sentisse nenhum desconforto nem consequências negativas, uma vez que o modo de abordar os temas tem sempre impacto nos indivíduos.

A nível metodológico, usámos tanto uma perspetiva quantitativa, como uma perspetiva qualitativa, ou seja, optámos por uma metodologia mista, que Shulman (1989), citado por Coutinho (2016) designa como “modelo ponte”. De facto, ao aplicarmos a Entrevista de Zarit, o Inventário de Depressão de Beck, o Índice de Barthel e a Escala de *Toulouse*, recorreremos a testes válidos estandardizados que permitem analisar o comportamento humano. Nesta nossa amostragem, com cinquenta participantes, não só quisemos investigar o comportamento dos cuidadores, mas também as suas ideias e o significado das suas interações com os idosos dependentes (Coutinho 2016).

#### **4.1. Questionários de Redação Própria**

O primeiro permite fazer a caracterização sociodemográfica do cuidador<sup>15</sup>:

1. o género (cuidador e dependente);
2. a idade (cuidador e dependente);
3. o parentesco que os liga;
4. a doença do idoso;
5. a partilha, ou ausência dela, das tarefas do cuidar;
6. a pessoa com quem se partilham as tarefas;
7. o grau de escolaridade;
8. a situação profissional;
9. há quantos anos o cuidador se ocupa do dependente idoso;
10. quantas horas por dia quantos dias exerce a função de cuidador;
11. as razões para se ser cuidador;
12. e a satisfação, ou ausência dela, do cuidar.

O segundo questionário enumera diversas necessidades e dificuldades que podem ser sentidas pelo cuidador<sup>16</sup>:

1. a questão financeira,
2. as condições habitacionais,
3. os equipamentos,
4. a disponibilidade de serviços de enfermagem e de apoio domiciliário,
5. o apoio de familiares,
6. a falta de informação sobre a doença do dependente,

---

<sup>15</sup> Cf. Anexo 1.

<sup>16</sup> Cf. Anexo 2.

7. a necessidade de apoio psicológico;
8. a eventual perceção de falta de liberdade para o cuidador se ocupar dos interesses próprios e continuar a cuidar da sua autoestima.

#### **4.2. Entrevista de Zarit**

A Entrevista/Escala de Zarit, para avaliar a sobrecarga do cuidador, apresenta vinte e duas perguntas que permitem perceber o que pessoas sentem e pensam, quando cuidam de alguém dependente<sup>17</sup>. Abrange os domínios da saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e o tipo de relacionamento com o dependente. A Escala é da autoria de Steve Zarit, publicada em 1980 e testada para a população portuguesa em 2007 por Sequeira. A Escala tem uma boa consistência interna, suportada pelo alfa de *Cronbach* de 0,93. Constitui assim um instrumento fiável, com boas características psicométricas, para analisar a sobrecarga associada ao cuidar (Sequeira, 2010).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte maneira: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre=(5). O total global obtido varia entre 22 e 110. Um maior total corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes valores, referidos por Sequeira (2010):

- Inferior a 46 = sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = sobrecarga intensa.

Usámos a Escala de Zarit na versão de Apóstolo (2012), adaptando as questões à situação de um cuidador informal (familiar ou não) estar a cuidar de um idoso dependente. As questões que colocámos foram as seguintes: acha que o seu dependente pede mais ajuda do que realmente precisa; acha que não tem tempo suficiente para si próprio, devido ao tempo que tem de dedicar ao cuidar; sente stresse

---

<sup>17</sup> Cf. Anexo 3.

por ter de se dividir entre o cuidar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família); sente vergonha com o comportamento do dependente; sente irritação ou ira quando está com o dependente; acha que o dependente afeta, de forma negativa, a sua relação com os outros membros da família ou com os seus amigos; tem medo do que o futuro pode reservar ao seu dependente; acha que a pessoa de quem cuida está demasiado dependente de si; sente-se tenso quando está com o seu dependente; acha que a sua saúde se tem ressentido por causa da sua dedicação ao dependente; acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do dependente; acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar de um dependente; sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu dependente; acha que a pessoa de quem cuida o vê como a única pessoa com quem ele pode contar; sente dificuldades económicas ao cuidar do dependente, tendo em conta todas as suas outras despesas; pensa que não será capaz de continuar a cuidar do seu dependente por muito mais tempo; sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu dependente apareceu; desejava que fosse outra pessoa a cuidar do dependente; sente-se indecisão ao tomar decisões sobre o dependente; acha que devia ajudar mais o dependente; acha que podia cuidar melhor do dependente; de uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado por cuidar de um dependente. A estas perguntas os participantes tinham cinco opções de resposta, de nunca a quase sempre.

#### **4.3. Inventário da Depressão de Beck (BDI)**

Usámos o Inventário da Depressão de Beck (BDI), que tem sido aplicado nas áreas de psiquiatria e psicologia, tanto em pesquisa como em clínica<sup>18</sup>. Criado por Aaron Beck tem sido um instrumento muito usado, pois permite compreender que perspectiva tem o indivíduo potencialmente deprimido sobre a sua situação depressiva, eliminando assim a “subjetividade clínica” (Vaz Serra e Abreu, 1973, p. 625). Existem três versões desta escala: a original, de 1961, a BDI-IA, de 1978, e a BDI-II, que resulta de uma revisão feita em 1996. É uma escala de autoavaliação, que consta de vinte e um itens,

---

<sup>18</sup> Cf. Anexo 4.

tanto na versão original como na mais recente de 1996, os quais são pontuados de 0 a 3. Beck criou-o para estudar melhor o quadro clínico da depressão nas suas vertentes afetiva, motivacional, cognitiva e física. Os itens que o constituem definem grupos de sintomas. Assim estes permitem avaliar a tristeza, o desencorajamento, a sensação de fracasso, a insatisfação, a culpabilização, a vitimização, a depreciação de si mesmo, a tendência para autoacusações, o desejo de suicídio, as crises de choro, a irritabilidade, o afastamento social, a indecisão, a autoimagem física, a incapacidade de trabalhar, as perturbações de sono, o cansaço, a perda de apetite, a perda de peso, a hipocondria e a redução da libido. A estas perguntas os participantes têm quatro opções de resposta, que correspondem a quatro categorias: inexistente, leve, moderado e grave. A primeira pergunta tem a pontuação zero e a última três. No final, a pontuação obtida, que perfaz um total de 63, permite concluir se existe uma situação de depressão e qual o seu grau. De acordo com a escala seguinte indicada por Gorestein e Andrade (1998) os resultados leem-se da seguinte maneira:

- Menor que 10 = sem depressão
- 10 a 18 = depressão, de leve a moderada;
- de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave;
- de 30 a 63 = depressão grave.

Vaz Serra e Abreu (1973) validaram este instrumento em Portugal, aplicando-o à população depressiva da clínica psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Concluíram estes autores que há uma correlação positiva entre o Inventário da Depressão de Beck e a idade. Os sintomas da escala que, no seu estudo, apresentam correlação positiva e expressiva com a idade são três: perda de libido, perda de apetite e perda de peso. Estes resultados confirmaram a perspetiva defendida por Pollitt (1971, p. 1175), segundo o qual são cinco os sintomas depressivos principais, os quais definem o Desvio Funcional Depressivo (DFD). Estes não são afetados nem pela cultura, nem pela religião, nem pela moda, sendo inexpressivo para os reconhecer até mesmo o obstáculo linguístico. Eles são as alterações de sono, apetite, peso, libido e as variações diurnas de humor e a sintomatologia. Vaz Serra

e Abreu (1973<sup>b</sup>) realizaram outro estudo, na sequência do anterior, com mais onze agrupamentos de questões, para estudar melhor a relação positiva da idade com o DFD. Para isso usaram uma amostra mais homogênea de indivíduos, todos eles com idade mais avançada. Na verdade, os seus estudos permitiram concluir que o Inventário da Depressão de Beck capta melhor a sintomatologia de indivíduos com mais idade. Tendo em conta que a população de cuidadores informais de idosos dependentes tem uma média de idade acima dos cinquenta e cinco anos, achámos este instrumento adequado para avaliar o grau de depressão dos cuidadores.

#### **4.4. Índice de Barthel (IB)**

Para avaliar a forma como os cuidadores percecionam o grau de dependência do idoso usámos o índice de Barthel (IB), que permite analisar como é que o idoso realiza as ABVD, as quais estão relacionadas com o autocuidado e a mobilidade<sup>19</sup>. Este instrumento é muito utilizado tanto na prática clínica como na investigação (Sequeira, 2018); são sobretudo os centros de reabilitação e as unidades de convalescença que mais o aplicam (Araújo et al. 2003). No âmbito clínico o Índice de Barthel, porque analisa e classifica as incapacidades para realizar atividades básicas, permite adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007). O seu baixo custo e a facilidade com que se pode aplicar levam a que este seja muito usado.

A versão original do Índice de Barthel foi publicada por Mahoney e Barthel em 1965. Este Índice foi testado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007, numa amostra de duzentos e nove idosos, com idade igual ou superior a sessenta e quatro anos, os quais viviam no seu domicílio, nas regiões do Porto, Arouca e Sabrosa. A sua fidelidade foi avaliada com o índice de Cronbach, verificando-se um nível de 0,96.

São dez as tarefas analisadas: alimentação, higiene corporal (barba, lavagem de mãos, escovagem dos dentes), uso da casa de banho, capacidade de tomar banho, capacidade de se vestir e despir,

---

<sup>19</sup> Cf. Anexo 5.



controle dos esfíncteres, controle intestinal, autonomia de marcha, capacidade de subir e descer degraus, transferência cadeira-cama. Existem cinco opções de resposta que determinam o nível de dependência ou permitem constatar a total independência ou dependência.

Partimos da redação dos itens apresentada por Apóstolo (2012), considerando as seguintes categorias: 1. Higiene pessoal; 2. Banho; 3. Alimentação; 4. Toilete; 5. Subir escadas; 6. Vestuário; 7. Controle esfinteriano (bexiga); 8. Controle esfinteriano (intestino); 9. Deambulação/Cadeira de rodas; 10. Transferências cadeira/cama. Sequeira (2007) apresenta uma versão um pouco diferente, mas avalia os mesmos conteúdos. A grande diferença de Sequeira está nos pontos de corte. Pois, para este, a independência total situa-se entre 90 a 100, enquanto para Apóstolo (2012) só se pode falar de independência com um resultado de 100. A escala é pontuada de acordo com os valores indicados na tabela seguinte que são depois somados.

Tabela 3. Pontuação do Índice de Barthel Modificada (extraído de Apóstolo, 2012, p. 18)

	<b>Incapaz de realizar a tarefa (1)</b>	<b>Requer ajuda substancial (2)</b>	<b>Requer ajuda moderada (3)</b>	<b>Requer ajuda mínima (4)</b>	<b>Totalmente independente (5)</b>
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	10	10
Ou cadeira de rodas	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15

Assim, Apóstolo, seguindo Azeredo e Matos (2003), considera os cinco níveis avaliados da seguinte maneira: 0-20 dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência muito leve; 100 independência. Sequeira (2007) opta pelos seguintes pontos de corte: inferior a 20 dependência total; 20-35 dependência severa; 40-55 dependência moderada; 60-90 dependência ligeira; 90-100 independência. Araújo et al. (2007, p. 61) apresentam outros escores que têm sido usados e realçam que, apesar das diferenças entre os autores, é consensual que “o escore de 60 corresponde ao ‘ponto de viragem’ entre independência/dependência”. Usámos os pontos de corte de Apóstolo.

O estudo de Araújo et al. (2007) atribui ao Índice de Barthel um nível de fidelidade elevado suportado por um alfa de Cronbach de 0,96; e o estudo de Sequeira (2007) revelou uma consistência

interna suportada por um coeficiente alfa de Cronbach de 0,89, com uma estrutura fatorial organizada em três fatores: mobilidade, com uma consistência interna de 0,96, a qual explica 52,1% da variância total; higiene, com uma consistência interna de 0,84, a qual explica 12,4% da variância total; e controlo dos esfíncteres, com uma consistência interna de 0,87, a qual explica 10,7% da variância total. Na primeira incluem-se as atividades que têm a ver com a mobilidade, como a transferência cadeira-cama, autonomia de marcha, capacidade de subir e descer degraus, uso da casa de banho, alimentação e capacidade de se vestir e despir. Na segunda, classificada higiene, incluem-se os itens higiene corporal e a capacidade de tomar banho. No controlo dos esfíncteres incluem-se o controlo dos esfíncteres e o controlo intestinal.

#### **4.5. Escala de *Toulouse de coping* (Versão Reduzida)**

A Escala de *Toulouse de coping* foi proposta em 1993, pelo laboratório “Personnalisation et Changement Sociaux” (Pronost, 2001)<sup>20</sup>. Ela constava de cinquenta e quatro afirmações, de autorresposta, na versão original construída por Esparbès et al.; a estas Tap, Costa e Alves (2005) adaptaram esta escala à realidade portuguesa, reduzindo as afirmações a cinquenta e uma. Na escala original os itens propostos correspondem a seis estratégias (subescalas): focalização, suporte social, retraimento, conversão, controlo e recusa. A focalização significa, segundo Tap, Costa e Alves (2005, p. 49), “concentrar-se sobre o problema e sobre a forma de o resolver (focalização ativa), analisar a situação (focalização cognitiva) ou tornar-se condicionado pelas emoções como a irritação, a agressividade e a culpabilidade (focalização emocional)”. O suporte social é a ajuda que se procura na sociedade seja para conforto emocional seja, do ponto de vista prático, para ajudar a solucionar problemas. O retraimento é o afastamento social ou mental ou emocional. A conversão acontece quando se alteram os comportamentos em resposta ao problema, se aceita possivelmente o problema ou se dá uma conversão a uma religião ou a uma filosofia como forma de reagir ao problema. O

---

<sup>20</sup> Cf. Anexo 6.

controle verifica-se a nível emocional e cognitivo, permitindo não agir nem irrefletida nem impulsivamente. A recusa é a falta de capacidade para reconhecer e aceitar o problema. A escala de consistência interna com alfa de Cronbach (0,78) revelou grande fidelidade.

Cruzando estas estratégias com os campos comportamental, cognitivo e afetivo surgem dezoito dimensões. Transcrevemos o quadro apresentado por Tap, Costa e Alves (2005, p. 49), para que melhor se compreenda a relação entre as seis estratégias e os campos de ação, informação e emoção. Estes autores, no entanto, propuseram no seu estudo de adaptação da escala à população portuguesa (2005), cinco subescalas, em vez de seis: 1. Controlo; 2. Retraimento, conversão e atividade; 3. Distração social; 4. Suporte social; 5. Recusa.

Tabela 4. Relação entre as estratégias e os campos de ação, informação e emoção (extraído de Tap, Costa e Alves, 2005, p. 49)

Estratégias	Ação	Informação	Emoção
Focalização	A. Focalização Ativa	G. Focalização Cognitiva	M. Focalização emocional
Suporte social	B. Cooperação	Suporte Social Informativo	Suporte Social Emocional
Retraimento	C. Retraimento Social e comportamental	I. Retraimento Mental	O. Atividade
Conversão	D. Conversão Comportamental	J. Aceitação	P. Conversão pelos Valores
Controle	E. Regulação das atividades	K. controle cognitivo planificação	Q. Controle Emocional
Recusa	F. Distração	L. Denegação	R. Alexitimia

Das afirmações da escala mantidas por Tap, Costa e Alves (2005), que constituem uma versão reduzida da versão original construída por Esparbès (1993), seleccionámos dezoito, seguindo a lógica destes autores, que adaptaram a escala de forma que esta avaliasse o construto pretendido. Retirámos cinco da subescala controlo: “enfrento a situação”; “analiso a situação para melhor compreender”, “sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar”, “aceito a ideia de que é necessário

que eu resolva o problema”, “reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema”. Retirámos três da subescala retraimento, conversão e atividade: “evito encontrar-me com pessoas”, “mudo a minha forma de viver”, “afasto-me dos outros”. Quatro pertencem à subescala distração social: “trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer”, “tento não pensar no problema”, “procuro atividades coletivas”, “centro-me noutras atividades para me distrair”. Duas afirmações provêm do suporte social: “sinto necessidade de partilhar o que sinto com os que me são próximos”, “procuro a ajuda dos meus amigos para aliviar a minha ansiedade”. Da subescala recusa provêm os itens: “não sinto nada quando chegam as dificuldades”, “resisto ao desejo de agir até que a situação o permita”, “reajo como se o problema não existisse”, “digo a mim próprio que este problema não tem importância”. Não as apresentámos no questionário segundo a ordem das subescalas, para que o inquirido não associasse as afirmações a uma categoria específica. Demos cinco opções de resposta que são quase coincidentes com as de Tap et. al., com uma variante no nível cinco que deveria corresponder a “sempre” e optámos por um “muito frequentemente”.

#### **4.6. Objetivos**

Os objetivos que pretendemos atingir são:

- Em relação ao idoso dependente:
  - Identificar as restrições à sua vida pessoal;
  - Identificar os apoios obtidos
- Em relação aos cuidadores informais de idosos dependentes:
  - Conhecer o contexto de prestação de cuidados;
  - Relacionar as características sociodemográficas dos cuidadores com a sua saúde mental;
  - Relacionar as características sociodemográficas e clínicas do idoso dependente com a saúde mental dos cuidadores;
  - Identificar as dificuldades percecionadas pelos cuidadores;

- Identificar possíveis sintomas depressivos sentidos pelos cuidadores;
- Medir o nível de depressão dos cuidadores;
- Medir o nível de sobrecarga física e emocional dos cuidadores;
- Identificar formas de *coping* utilizadas pelos cuidadores;
- Identificar o tipo de satisfação obtida do cuidar dos outros.

#### **4.7. Hipóteses**

Para esta investigação formularam-se as seguintes hipóteses, tendo em conta os objetivos propostos:

- Haverá relação entre a sobrecarga dos cuidadores e o nível de depressão destes (H1);
- Haverá relação entre o nível de depressão e sobrecarga dos cuidadores, por um lado, e uma idade mais avançada, a ausência de vida profissional e a baixa escolaridade, por outro (H2);
- Haverá relação entre o grau de dependência do idoso e o nível de depressão e sobrecarga dos cuidadores (H3);
- Haverá relação entre as necessidades percecionadas pelos cuidadores e os níveis de sobrecarga e depressão dos cuidadores (H4);
- Haverá relação entre as estratégias de *coping* e o nível de sobrecarga e de depressão dos cuidadores (H5).

## **CAPÍTULO V**

### **Resultados**

No delineamento das variáveis sociodemográficas consideradas para caracterizar os cuidadores foram tomadas em conta o género, a idade, a escolaridade, a situação profissional, o número de horas por dia usadas na prestação de cuidados e o número de dias por semana de exercício do cuidado. Quisemos saber há quanto tempo o cuidador desempenhava essa função e se costumava partilhar as tarefas com alguém. No que se refere ao dependente tivemos em conta as variáveis do género, da idade e da doença. Por fim, também foram variáveis importantes o parentesco entre o cuidador e dependente, o modo como se tornou cuidador e a satisfação retirada do cuidar.

Para operacionalizar a variável idade do cuidador e idade do dependente, assim como as variáveis “quantas horas por dia exerce a função de cuidador” e “quantos dias por semana”, foram feitas perguntas abertas, que facilitam a resposta, embora na análise das relações entre as variáveis tenha sido preciso recodificá-las em cinco classes.

No que diz respeito à idade considerámos cinco grupos etários: menos de 50 anos, entre 50 e 60, entre 61 e 70, entre 71 e 80, e acima dos 80 anos.

Para operacionalizar a variável género do cuidador e género do cuidado foram elaboradas duas questões fechadas, uma referente ao cuidador e outra ao dependente: masculino e feminino. No que se refere ao parentesco foi criada uma resposta aberta, que foi estruturada em seis classes: cônjuge, filho, sobrinho/a, nora/genro, irmãs/irmãos e outros.

A mesma operacionalização foi feita para a doença do idoso, da qual resultaram oito classes de doenças: Alzheimer, doenças oncológicas, AVC, Parkinson, outras demências, doenças cardíacas, fraturas e doenças ósseas, e outras doenças.

Para a variável “Há quantos anos é cuidador” foi colocada uma pergunta fechada com quatro hipóteses de resposta: menos de 1 ano, de 1 a 5 anos, de 5 a 10 anos, e mais de 10 anos.

A mesma operacionalização foi feita para a escolaridade do cuidador, com seis hipóteses de resposta: Primeiro Ciclo, Segundo Ciclo, Terceiro Ciclo, Ensino Secundário, Licenciatura e Mestrado.

Na situação profissional considerámos quatro hipóteses de resposta: empregado por conta própria, desempregado, empregado por conta de outrem e reformado.

Para operacionalizar a variável da partilha das tarefas de cuidador, foi formulada uma questão de resposta simples, negativa ou afirmativa, sendo uma pergunta aberta aquela que caracteriza a pessoa com quem há partilha, em caso de resposta afirmativa.

Agrupámos em sete categorias as respostas à pergunta aberta: irmã/irmão, cônjuge, funcionário, mãe, filha/o, um membro de outra família (outrem).

Por fim, a variável das razões para ser cuidador foi operacionalizada em sete categorias: por necessidade, por proximidade, por ser filha/o, por ser cônjuge, por ser membro da família, por dever, sem resposta.

A variável da satisfação retirada da tarefa do cuidar foi objeto da seguinte categorização: satisfação genérica, ou especificada como bem-estar do cuidado, retribuição/gratidão, sentido de dever cumprido, aprendizagem, amor/ajuda ao próximo, respeito; em alternativa, insatisfação ou não responde.

### **5.1. Género e parentesco**

Foram entrevistados cinquenta cuidadores, sendo quarenta (80%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os trinta e os oitenta e oito anos ( $\mu = 60$  anos). Os dependentes são trinta e dois do sexo feminino (64%) e têm idades compreendidas entre os cinquenta e os cem anos ( $\mu = 84$  anos).



Tabela 5. Parentesco entre cuidador e dependente

	nº	%
Filhos	32	64
Cônjuge	8	16
Nora/Genro	4	8
Sobrinhos	2	4
Irmã	2	4
Outros	2	4
<b>Total</b>	50	100

Fonte: Elaboração Própria

## 5.2. Doença do dependente

Os dependentes sofrem de Alzheimer (28%), de outras demências (20%) ou de doenças oncológicas (14%). A tabela nº 6 ilustra as doenças indicadas pelos cuidadores.

Tabela 6. Doença do idoso dependente

	nº	%
Alzheimer	14	28
Outas Demências	10	20
Doenças Oncológicas	7	14
AVC	4	8
Doenças Cardíacas	4	8
Doenças dos Ossos	4	8
Parkinson	3	6
Outras	4	8
<b>Total</b>	50	100,0

Fonte: Elaboração Própria

### 5.3. Anos da Prática do Cuidar

A maioria dos cuidadores exerce a tarefa de cuidar do dependente há mais de um ano e menos de cinco anos (34%), conforme a tabela nº 7 ilustra, sendo a categoria menos representativa a duração inferior a 1 ano.

Tabela 7. Anos da prática do cuidar

	nº	%
Menos de 1 ano	6	12
1 a 5 anos	17	34
6 a 10 anos	13	26
Mais de 10 anos	14	28
<b>Total</b>	50	100,0

Fonte: Elaboração Própria

No que se refere ao número de horas diárias despendidas na tarefa do cuidar, houve variáveis entre 1 hora a um dia inteiro ( $\mu=17$  h) e, no que se refere ao número de dias por semana, as respostas variaram entre 2 a 7 dias ( $\mu=6,4$  dias).

### 5.4. A Partilha do Cuidar

A maioria dos cuidadores (82%) partilha as tarefas do cuidar com outras pessoas, que são, na sua maioria, outros membros da família (61%), principalmente com os cônjuges (24%). A percentagem de cuidadores que recorrem a funcionários (particulares ou dos centros de dia) é de 39%. As opções de partilha apontadas pelos inquiridos encontram-se registados na tabela nº 8.

Tabela 8. Partilha de tarefas do cuidador

	nº	%
Funcionários	16	39
Cônjuge	10	24
Irmãs/irmãos	6	15
Filha/o	4	10
Mãe	3	7
Outrem	2	5
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

### 5.5. O Grau de Escolaridade do Cuidador

Ao analisarmos o grau de escolaridade dos cuidadores verificamos que é diminuta a percentagem de cuidadores com ausência de formação escolar (2%), bem como com licenciatura (2%). O número de inquiridos apenas com o primeiro ciclo está em paridade com os que têm ensino secundário (18%).

Tabela 9. Grau de escolaridade do cuidador

	nº	%
1º Ciclo	9	18
2º Ciclo	7	14
3º Ciclo	7	14
Ensino Secundário	9	18
Licenciatura	16	32
Mestrado/Doutoramento	1	2
Ausência de Estudos	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

## 5.6. A Situação Profissional do Cuidador

A maioria dos cuidadores são reformados (44%), devido à idade predominante entre estes ( $\mu = 60$  anos). No entanto, há ainda uma percentagem significativa que desempenha atividade profissional (40%) por conta própria ou por conta de outrem. A situação de desemprego é menos frequente (16%).

Tabela 10. Situação profissional dos cuidadores

	nº	%
Reformado	22	44
Empregado de conta de outrem	15	30
Desempregado	8	16
Empregado de conta própria	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

## 5.7. Razões do Cuidar

Pertencer à família constitui a principal razão mencionada pelos cuidadores para justificar terem aceite a tarefa de cuidar (50%). Não significa este resultado que haja apenas 50% de cuidadores que pertençam à família do dependente. Como vimos, ao analisar essa variável, não é expressiva a percentagem de cuidadores fora da família. Mas ao perguntarmos ao cuidador a razão porque cuida, interessa-nos saber, na perspetiva do cuidador, qual a motivação que ele sente para prestar o cuidado.

Tabela 11. Razões evocadas para ser cuidador

	nº	%
Por laço familiar	25	50
Filho	(14)	(28)
Cônjuge	(6)	(12)
Outro	(5)	(10)
Por necessidade/dever	14	28
Por proximidade	1	2
Não respondeu	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

### 5.8. Satisfação do Cuidar

A maioria dos inquiridos obtém satisfação com o trabalho de cuidar (76%), havendo uma percentagem pouco significativa de cuidadores que reconhecem insatisfação com o exercício do cuidar (8%).

Tabela 12. Satisfação obtida pelos cuidadores com o trabalho de cuidar

	nº	%
<b>Satisfação</b>	<b>38</b>	<b>76</b>
Resposta genérica	(15)	(30)
Bem-estar do cuidado	(12)	(24)
Retribuição/gratidão	(4)	(8)
Sentido de dever cumprido	(3)	(6)
Aprendizagem	(2)	(4)
Amor/Ajuda ao próximo	(1)	(2)
Respeito	(1)	(2)
<b>Insatisfação</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Resposta genérica	(3)	(6)
Nenhuma satisfação	(1)	(2)
<b>Não respondeu</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria

### 5.9. Entrevista de Zarit

A aplicação da Entrevista de Zarit permitiu avaliar a sobrecarga associada ao ato de cuidar, sentida pelos cuidadores inquiridos. A percentagem entre os que não sentem qualquer sobrecarga (54%) e os que a sentem é muito próxima (46%). Estes últimos dividem-se entre os que a sentem de forma ligeira (28%) e os que a sentem de forma grave (18%).

Tabela 13. Entrevista de Zarit

	nº	%
Sem sobrecarga	27	54
Sobrecarga Ligeira	14	28
Sobrecarga Intensa	9	18
<b>Total</b>	50	100,0

Fonte: Elaboração Própria

### 5.10. Inventário da Depressão de Beck

No que se refere à aplicação do Inventário da Depressão de Beck verifica-se que existem mais inquiridos com depressão (54%) do que sem depressão (46%), embora a diferença percentual não seja significativa. Se somarmos o número de cuidadores com depressão leve e moderada obtemos um resultado percentual expressivo: metade dos inquiridos (50%). Na realidade, a depressão grave não é, na nossa amostra, significativa (4%).

Tabela 14. BDI

	nº	%
Sem depressão	23	46
Depressão leve a moderada	17	34
Depressão moderada a grave	8	16
Depressão grave	2	4
<b>Total</b>	50	100

### 5.11. Índice de Barthel (IB)

A aplicação do Índice de Barthel permite avaliar o grau de dependência do sujeito para a realização ABVD, já mencionadas. Concluímos que cerca de metade dos inquiridos são cuidadores de idosos com dependência total (48%), havendo uma diminuta com dependência leve (18%).

Tabela 15. IB

	nº	%
Dependência Total	24	48
Dependência Severa	6	12
Dependência Moderada	11	22
Dependência Leve	9	18
Independência	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria

## CAPÍTULO VI

### Discussão e Análise dos Resultados

Como vimos nos resultados apresentados no capítulo anterior, a relação parento-filial entre cuidador e dependente predomina (64%), seguida da relação conjugal (16%). Deste modo se confirma a literatura que destaca o papel dos filhos e cônjuges na assunção da tarefa de cuidar (e.g. Martín, 2005; Pereira e Carvalho, 2012)<sup>21</sup>. A tabela nº 5 regista todos os parentescos entre os cuidadores e dependentes, sendo ainda possível observar que há situações em que aqueles são cônjuges dos filhos dos dependentes, sobrinhas ou irmãs.

Ao analisarmos o grau de escolaridade dos cuidadores não comprovámos o que a literatura indica sobre o predomínio de baixo nível de escolaridade. De facto, se estabelecermos dois grupos, um até ao terceiro ciclo e outro que abranja o secundário, a licenciatura e o mestrado, obtemos uma percentagem equilibrada, em que predominam os cuidadores com o ensino obrigatório concluído: 52% (ensino secundário, licenciatura e mestrado) contra 46% (ensino básico).

Sobre as motivações do cuidar, cerca de metade da percentagem anterior refere a “necessidade” (28%). Assim se confirma que o sentimento de responsabilidade, de que falam Souza et al. (2015)<sup>22</sup>, predomina como motivação para o cuidar. De facto, parece-nos que a ideia de responsabilidade é inerente à valorização dos laços familiares ou à proximidade, ou ao sentimento de necessidade/dever, evocados pelos cuidadores inquiridos. Parece-nos que devemos realçar o facto de cerca de um quarto dos cuidadores (20%) não terem querido responder a esta questão. Haverá algum sentimento de desconforto com a situação? Será possível estabelecer alguma relação com a ausência de resposta a esta questão e a atitude de reagir como se o problema da dependência não existisse (Escala de *Toulouse de coping*)?

---

<sup>21</sup> Cf. Capítulo III, 3.4. caracterização dos cuidadores informais.

<sup>22</sup> Cf. Capítulo III, 3.4. caracterização dos cuidadores informais.



As respostas que ilustram satisfação podem ser genéricas, sem que haja uma identificação da satisfação sentida (30%), ou mais específicas (46%). Tal como se verificou com a pergunta sobre as razões do cuidar, também nesta, acerca da satisfação sentida, houve ausência de resposta, o que poderá, eventualmente, significar insatisfação (16%). Mas não nos compete fazer juízos de valor e por isso não juntámos, no tratamento desta variável, estes dados.

No caso das respostas mais específicas que ilustram satisfação, os inquiridos referem, em primeiro lugar, o bem-estar do cuidado, confirmando-se assim o que a literatura refere acerca das repercussões positivas do cuidar de forma informal<sup>23</sup>. Sequeira (2007, 2018), como vimos, fala do bem-estar psicológico do cuidador e da possibilidade de este sentir o cuidar como algo que dá sentido à sua vida. Sommerhalder (2001) também realça o bem-estar do cuidador informal que relaciona com a valorização social obtida. No âmbito do bem-estar incluem-se, aliás, todos os tipos de satisfação identificados: retribuição/gratidão (8%), sentido de dever cumprido (6%), aprendizagem (4%), amor/ajuda ao próximo (2%) e respeito (2%). A aprendizagem é também valorizada como repercussão positiva por Brito (2002), como vimos, quando refere que o prestar cuidados proporciona novos conhecimentos, e por Sommerhalder (2001), que fala em sentimento de realização e crescimento pessoal.

Neste capítulo procuraremos estabelecer uma relação entre os dados obtidos no primeiro questionário de nossa autoria, aplicado, e os níveis de sobrecarga e de depressão, aos quais chegámos pela aplicação da Entrevista de Zarit e Inventário da Depressão de Beck. Para isso considerámos as categorias Género, Idade, Doença, Anos do Cuidado, Número de Dias Semanais, Partilha do Cuidar, Situação Profissional e Satisfação do Cuidar. Na análise da situação profissional achámos pertinente a relação com outras categorias, dentro do primeiro questionário. Num subcapítulo seguinte

---

<sup>23</sup> Cf. Capítulo III, 3.7. repercussões positivas da prestação de cuidados.

analisámos as necessidades referidas pelos cuidadores, informação contida no segundo questionário e, por fim, procedemos à validação dos instrumentos utilizados.

## 6.1. Género

### 6.1.1. Relação entre o género e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Na relação entre o sexo e a sobrecarga, chegamos à conclusão de que 90% dos inquiridos homens estão em sobrecarga (9 respostas afirmativas num total de 10) e 80% de mulheres também (32 num total de 40). Quanto ao nível de sobrecarga percecionada verificamos uma diferença percentual entre os sexos: estão em sobrecarga intensa 30% dos homens inquiridos (3 sobre 10) e 60% das mulheres (24 sobre 40). Confirmamos assim, a literatura que realça o sexo feminino como aquele que maior sobrecarga sente.

Tabela 16. Níveis de sobrecarga por género do cuidador (Entrevista de Zarit)

Género	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	1	10	6	60	3	30	10	20
Feminino	8	20	8	20	24	60	40	80
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.1.2. Relação entre o género e o nível de depressão (BDI)

Ao relacionarmos os níveis de depressão com o género, considerando-o em si mesmo, concluímos que dos 50% dos homens que sente depressão 40% sente-a apenas de forma ligeira; dos 55% de mulheres que sentem depressão, 32,5% têm-na de forma ligeira, 17,5% de forma moderada, e apenas 5% de forma grave.

Tabela 17. Níveis de depressão por género do cuidador (BDI)

Género	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	5	50	4	40	1	10	0	0	10	20
Feminino	18	45	13	32,5	7	17,5	2	5	40	80
Total	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

## 6.2. Idade

### 6.2.1. Relação entre a idade dos cuidadores e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Fizemos uma tabela que nos permite relacionar a idade dos cuidadores, distribuídas em cinco categorias, com o nível de sobrecarga, resultante da aplicação da Entrevista de Zarit. Verificámos que 54% dos inquiridos estão em sobrecarga intensa, encontrando-se 18% sem qualquer sobrecarga. Ao estabelecermos relação entre a idade dos inquiridos e a sobrecarga, concluímos que a faixa etária que sente maior sobrecarga (sobrecarga intensa) é a que se situa entre os 61 e os 70 anos (22% sobre o total de inquiridos e 68,8% dentro desta faixa etária) e a que tem mais de 80 anos (10% sobre o total e 66,7% dentro desta faixa etária). Também há que destacar o facto de 53,8% dos cuidadores com menos de 50 anos estarem em sobrecarga intensa (14% sobre o total). A necessidade de conciliar a vida profissional com a prestação de cuidados pode explicar este resultado, quando nos referimos a cuidadores com menos de 70 anos. A diminuição de força física e o aparecimento de eventuais incapacidades, nos cuidadores com mais de 80 anos, podem justificar a existência de maior sobrecarga nesta faixa etária<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Cf. Capítulo III, 3.6. repercussões negativas da prestação de cuidado. a sobrecarga.

Tabela 18. Nível de sobrecarga por idade (Entrevista de Zarit)

Idade	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Menos de 50	3	30,8	2	14,4	7	53,8	12	24
51 a 60	4	27,3	6	54,5	2	18,2	12	24
61 a 70	2	12,5	3	18,8	11	68,8	16	32
71 a 80	0	0	1	25	2	75	3	6
Mais de 80	0	0	2	33,3	5	66,7	7	14
Total	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.2.2. Relação entre a idade dos cuidadores e o nível de depressão (BDI)

No que se refere à relação entre a idade do cuidador e o nível de depressão, medido pelo BI, podemos verificar que 46% dos inquiridos não apresenta depressão e que depressão leve é a situação mais comum (34%). Todos os inquiridos entre os 71 a 80 anos têm depressão e nas classes de 61 a 70 e de mais de 80, a maioria também sente depressão.

Tabela 19. Nível de depressão por idade (BDI)

Idade	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Até 50	9	69,2	2	15,4	1	7,7	1	7,7	13	24
51 a 60	8	72,7	2	18,2	1	9,1	0	0	11	24
61 a 70	5	31,3	9	56,1	1	6,3	1	6,3	16	32
71 a 80	0	0	1	25	2	75	0	0	4	6
Mais de 80	1	16,7	3	50	3	33,3	0	0	6	14
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.3. Doença

#### 6.3.1. Relação entre a doença do dependente e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Ao relacionarmos a doença do dependente com o nível de sobrecarga, concluímos que as doenças oncológicas (85,7%), a doença de Alzheimer (78,6%) e as outras demências (80%) causam maior sobrecarga ao cuidador. As doenças cardíacas e as doenças de ossos são as únicas que, na nossa amostra, que provocam sempre sobrecarga, dividindo-se as primeiras paritariamente entre ligeira e intensa e dividindo-se as doenças de ossos entre ligeira com 25% e intensa com 75%. Não se pode dizer que haja alguma doença, segundo os resultados obtidos, que não cause qualquer sobrecarga ao cuidador.

Tabela 20. Níveis de sobrecarga do cuidador por doença do cuidado (Entrevista de Zarit)

Doença do cuidado	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Alzheimer	3	21,4	3	21,4	8	57,2	14	28
Doenças oncológicas	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	14
AVC	1	25	1	25	2	50	4	8
Parkinson	1	33,3	1	33,3	1	33,4	3	6
Outras Demências	2	20	2	20	6	60	10	20
Doenças Cardíacas	0	0	2	50	2	50	4	8
Doenças de Ossos	0	0	1	25	3	75	4	8
Outras	1	25	3	75	0	0	4	100
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

#### 6.3.2. Relação entre a doença do dependente e o nível da depressão (BDI)

Ao relacionarmos a doença do dependente com os níveis de depressão do cuidador, pensando em situações de depressão e situações de ausência da mesma sobressaem as doenças cardíacas como aquelas que provocam sempre depressão ao cuidador. No entanto, lembremos que estas representam

apenas 8% na nossa amostra. Assim sendo, a doença de Alzheimer tem um particular destaque com 78,5% de situações de depressão, valor praticamente coincidente com o que anteriormente registámos e que confirma a presença frequente de depressão em cuidadores de dependentes com esta doença, conforme a literatura preconiza (e.g. Correia, 2017), sendo frequente a sintomatologia depressiva nos próprios dependentes de Alzheimer (e.g. Spar e LaRue, 2005<sup>25</sup>). O resultado de 60% de depressão para os cuidadores de dependentes com outras demências também merece destaque, como na categoria anteriormente comentada. Já as doenças oncológicas, embora causem sobrecarga significativa, como vimos, provocam menos situações de depressão comparativamente com a sobrecarga (42,9%). As doenças de Parkinson, que constituem 6% da amostra, nunca causam depressão. Lembremos, todavia, que é muito elevado o número de cuidadores sem depressão (46%) e dos 54% que têm depressão 34% estão num nível ligeiro. Logo, tendo em conta a nossa amostra, não é fácil chegarmos a resultados ilustrativos da relação entre a doença do dependente e a depressão no cuidador.

Tabela 21. Níveis de depressão do cuidador por doença do cuidado (BDI)

Situação Profissional	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Alzheimer	3	21,4	7	50	3	21,4	1	7,1	14	28
Doenças oncológicas	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0	7	14
AVC	2	50	1	25	0	0	1	25	4	8
Parkinson	3	100	0	0	0	0	0	0	3	6
Outras Demências	4	40	3	30	3	30	0	0	10	20
Doenças Cardíacas	0	0	3	75	1	25	0	0	4	8
Doenças de Ossos	3	75	1	25	0	0	0	0	4	8
Outras	4	100	0	0	0	0	0	0	4	8
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

<sup>25</sup> Cf. também Capítulo III. 3.6.1.1. fatores agravantes da sobrecarga.

## 6.4. Número de anos do cuidar

### 6.4.1. Relação entre o número de anos do cuidado e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Se relacionarmos os níveis de sobrecarga com o número de anos da prestação de cuidados não chegamos a resultados muito concludentes, pois, tendo em conta o número de inquiridos em cada uma das categorias, concluímos que a sobrecarga intensa é sempre sentida por cerca de metade dos cuidadores. Assim sentem sobrecarga intensa: dos 6 cuidadores que realizam a tarefa há menos de um ano, 3; dos 17 cuidadores que realizam a tarefa há mais de um ano e menos de cinco, 9; dos 13 que cuidam há mais de seis anos e menos de dez, 7; e, por fim, dos 14 que cuidam há mais de dez anos, 8. Não se confirma assim o agravamento da sobrecarga com o número de anos, muito embora o número de 8 inquiridos sobre 16, no total dos que prestam o cuidado há mais de dez anos, indicie um aumento. As percentagens finais destacam as categorias de 1 a 5 anos (34%) e a de mais de 10 anos (28%). No primeiro caso a adaptação ao cuidado, no segundo o cansaço que deste advém poderão explicar os totais.

Tabela 22. Nível de sobrecarga por anos de cuidado (Entrevista de Zarit)

Há quantos anos cuida	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Menos de 1 ano	1	16,7	2	33,3	3	50	6	12
1 a 5 anos	3	17,6	5	29,4	9	53	17	34
6 a 10 anos	2	15,4	4	30,8	7	53,8	13	26
Mais de 10 anos	3	21,4	3	21,4	8	57,2	14	28
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

#### 6.4.2. Relação entre o número de anos do cuidado e o nível de depressão (BDI)

Ao associarmos os anos de cuidado com os níveis de depressão, concluímos que dos cuidadores há menos de um ano, 33% (2 em 6) têm depressão; dos que cuidam há mais de um ano e menos de cinco, 59% (10 em 17) têm depressão; dos que cuidam há mais de cinco anos e menos de dez, 61% (8 em 13) têm depressão; dos cuidadores há mais de dez anos, 50% (7 em 14).

Tabela 23. Nível de depressão por anos de cuidado (BDI)

Há quantos anos cuida	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Menos de 1 ano	4	66,7	0	0	1	16,7	1	16,6	6	12
1 a 5 anos	7	41,2	9	52,9	1	5,9	0	0	17	34
6 a 10 anos	5	38,4	4	30,8	4	30,8	0	0	13	26
Mais de 10 anos	7	50	4	28,6	2	14,3	1	7,1	14	28
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

#### 6.5. Número de Dias Semanais do Cuidar

##### 6.5.1. Relação entre o número de dias semanais do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Ao relacionarmos os níveis de sobrecarga com o número de dias, concluímos que quanto mais dias o cuidador dedica ao dependente mais provável é a situação de sobrecarga: dos que declaram dedicar sete dias ao cuidar, 85% dos cuidadores estão em sobrecarga, dos quais 57,5% se encontram em sobrecarga intensa. Os cuidadores que declararam dedicar cinco dias às tarefas de cuidar apresentam sempre sobrecarga, havendo 75% com sobrecarga intensa.



Tabela 24. Níveis de sobrecarga por dias de cuidado na semana (Entrevista de Zarit)

Dias de Cuidado	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2	1	33,3	2	66,7	0	0	3	6
3	1	100	0	0	0	0	1	2
5	0	0	1	25	3	75	4	8
6	1	50	0	0	1	50	2	4
7	6	15	11	27,5	23	57,5	40	80
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.5.2. Relação entre o número de dias semanais do cuidar e o nível de depressão (BDI)

Na relação entre o número de dias de cuidado e os níveis de depressão, verifica-se que os inquiridos que declaram dedicar dois dias ao cuidado não apresentam depressão, assim como os que declaram dedicar 6 dias por semana. No entanto, o número total de inquiridos que está nestas duas situações é pouco expressivo (10% do total dos cuidadores). Dos 80% que declaram dedicar sete dias por semana às tarefas de cuidar, 60% têm depressão, dos quais 37,5% depressão leve, 20% depressão moderada e 2,5% depressão grave.

Tabela 25. Níveis de depressão por dias de cuidado na semana (BDI)

Dias de Cuidado	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
2	3	100	0	0	0	0	0	0	3	6
3	0	0	1	100	0	0	0	0	1	2
5	2	50	1	25	0	0	1	25	4	8
6	2	100	0	0	0	0	0	0	2	4
7	16	40	15	37,5	8	20	1	2,5	40	80
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

## 6.6. Partilha do Cuidar

### 6.6.1. Relação entre a partilha do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Assim, podemos concluir que os níveis de sobrecarga são mais elevados para os que não partilham o cuidado: 88,8% dos cuidadores que não partilham o cuidado estão em sobrecarga, dos quais 55,6% se encontram em sobrecarga intensa. De facto, a percentagem de cuidadores em sobrecarga que partilham o cuidado é de 80,5%.

Tabela 26. Relação entre a partilha do cuidado e os níveis de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Partilha cuidado	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	8	19,5	11	26,8	22	53,7	41	82
Não	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	18
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.6.2. Relação entre a partilha do cuidar e o nível de depressão

Ao relacionarmos a partilha do cuidado com os níveis de depressão, os resultados não são muito conclusivos, porque 55,6% dos cuidadores que não partilham o cuidado têm sinais de depressão e 52,7% dos cuidadores que partilham o cuidado têm sinais de depressão. Lembremos que 46% dos inquiridos não tem depressão.

Tabela 27. Relação entre a partilha do cuidado e os níveis de depressão (BDI)

Partilha o cuidado	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	19	46,3	14	34,1	6	14,6	2	4	41	82
Não	4	44,4	3	33,3	2	22,3	0	0	9	18
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

## 6.7. Situação Profissional

### 6.7.1. Relação entre a situação profissional e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Ao relacionarmos a situação profissional com a sobrecarga, é visível que são os empregados por conta própria e os reformados que têm maiores níveis de sobrecarga: 100% nos empregados por conta própria e 86,4%, somando ligeira e intensa. Manifestam sobrecarga todos os empregados por conta própria, dos quais 40% estão em sobrecarga intensa. Dos 86% dos reformados em sobrecarga, cerca de 64% estão em sobrecarga intensa. Mas não esqueçamos que a amostra tem 44% de reformados. Os empregados por conta de outrem são os que apresentam maior resultado na análise da ausência de sobrecarga (26,7%).

Tabela 28. Níveis de sobrecarga por situação profissional (Entrevista de Zarit)

Situação Profissional	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Empregado conta própria	0	0	3	60	2	40	5	10
Desempregado	2	25	3	37,5	3	37,5	8	16
Empregado conta outrem	4	26,7	3	20	8	53,3	15	30
Reformado	3	13,6	5	22,6	14	63,6	22	44
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.7.2. Relação entre a situação profissional e o nível de depressão (BDI)

No caso dos níveis de depressão por situação profissional também aqui são os reformados e os empregados por conta própria estão em situação de depressão maioritariamente: 77,3 % de reformados estão em depressão, dos quais 54,6% num nível leve e 22,7% num nível moderado; 40% dos empregados por conta própria estão em depressão, dividindo-se paritariamente entre os níveis moderado e grave. Os empregados por conta de outrem, que são 30% dos inquiridos, apresentam ausência de depressão em maior percentagem: 66,6%.

Tabela 29. Níveis de depressão por situação profissional (BDI)

Situação Profissional	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Empregado conta própria	3	60	0	0	1	20	1	20	5	10
Desempregado	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	8	16
Empregado conta outrem	10	66,6	3	20	1	6,7	1	6,7	15	30
Reformado	5	22,7	12	54,6	5	22,7	0	0	22	44
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.7.3. Relação entre a situação profissional e o número de horas do cuidar

Ao relacionarmos a situação profissional com o número de horas diárias disponibilizadas pelo cuidador para o dependente, deparamo-nos com uma situação impossível: que um trabalhador por conta própria ou por conta de outrem dedique entre 19 a 24 horas diárias à tarefa de cuidar. Esta percepção é subjetiva e pode advir da responsabilidade do cuidado. Vimos, no capítulo sobre os cuidadores informais, que a sobrecarga tem uma dimensão subjetiva e outra objetiva, assim também a percepção de horas no cuidado com o idoso revela a mesma dualidade. O total de 72,8% de reformados e de 62,5% de desempregados que referem uma dedicação superior a 18 horas já seria exequível.

Tabela 30. Número de horas diárias de cuidado por situação profissional

Situação Profissional	1 a 6 horas		7 a 12 horas		13 a 18 horas		19 a 24 horas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Empregado conta própria	1	20	0	0	0	0	4	80	5	10
Desempregado	1	12,5	1	12,5	1	12,5	5	62,5	8	16
Empregado conta outrem	7	46,7	2	13,3	2	13,3	4	26,7	15	30
Reformado	3	13,6	3	13,6	0	0	16	72,8	22	44
<b>Total</b>	12	24	6	12	3	6	29	58	50	100

Fonte: Elaboração Própria

#### 6.7.4. Relação entre a situação profissional e o número de dias semanais do cuidar

Não é possível estabelecer uma relação conclusiva entre a situação profissional e o número de dias do cuidar, já que em todas as situações laborais os inquiridos declaram dedicar ao dependente sete dias: 80% dos empregados por conta própria e 60% dos empregados por conta de outrem; 91% de reformados e 87,5% de desempregados. O facto de termos apenas 40% de dependências ligeiras e moderadas e 60% de dependências severas e totais (48% nesta última situação) explica a necessidade de assistência nos sete dias da semana.

Tabela 31. Dias de cuidado na semana por situação profissional

Situação Profissional	2 dias		3 dias		5 dias		6 dias		7 dias		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Empregado conta	0	0	0	0	1	20	0	0	4	80	5	10
Desempregado	0	0	0	0	1	12,5	0	0	7	87,5	8	16
Empregado conta	3	20	0	0	2	13,3	1	6,7	9	60	15	24
Reformado	0	0	1	4,4	0	0	1	4,4	20	91,1	22	44
<b>Total</b>	3	6	1	2	4	8	2	4	40	80	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.7.5. Relação entre a situação profissional e a partilha do cuidar

No que se refere à relação entre a partilha do cuidado e a situação profissional, a maioria dos cuidadores partilha o cuidado (82%), independentemente da sua situação profissional. Destacam-se, entre os que partilham o cuidado, os empregados por conta de outrem, seguidos dos por conta própria, que se compreende atendendo à necessidade de conciliar a vida profissional com o cuidado, como a literatura refere (e.g. Souza et al. 2015).

Tabela 32. Relação entre a partilha do cuidado e a situação profissional

Situação Profissional	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Empregado conta própria	4	80	1	20	5	10
Desempregado	6	75	2	25	8	16
Empregado conta outrem	14	93	1	7	15	30
Reformado	17	77	5	23	22	44
<b>Total</b>	41	82	9	18	50	100

Fonte: Elaboração Própria

## 6.8. Satisfação

### 6.8.1. Relação entre a satisfação do cuidar e o nível de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

A primeira conclusão relevante a que chegamos ao estabelecermos esta relação é a de que a percepção de satisfação não é incompatível com a situação de sobrecarga. De facto, dos 76% de inquiridos que declaram, de forma genérica ou específica, sentir satisfação, 36% encontram-se em sobrecarga intensa (somámos o número de inquiridos que referiram satisfação especificando-a ou não, num total de 18) e 26% estão em sobrecarga ligeira (um total de 13 inquiridos).

Também nos parece relevante que dos que se recusaram a responder a esta questão, estejam 62,5% em sobrecarga intensa e 12,5% em sobrecarga ligeira. Na realidade, na ausência de resposta a esta questão confirma-se o mal-estar causado pela situação de prestar cuidados a um dependente.

Tabela 33. Relação entre a satisfação pelo ato de cuidar e os níveis de sobrecarga (Entrevista de Zarit)

Satisfação	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Satisfação genérica	0	0	8	53,3	7	46,7	15	30
Bem-estar do cuidado	4	33,3	2	16,7	6	50	12	24
Retribuição/Gratidão	1	25	2	50	1	25	4	8
Sentido dever cumprido	0	0	1	33,3	2	66,7	3	6
Aprendizagem	1	50	0	0	1	50	2	4
Amor/Ajuda ao próximo	1	100	0	0	0	0	1	2
Respeito	0	0	0	0	1	100	1	2
Insatisfação	0	0	0	0	4	100	4	8
Não respondeu	2	25	1	12,5	5	62,5	8	16
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração Própria

### 6.8.2. Relação entre a satisfação do cuidar e o nível de depressão (BDI)

A relação entre a existência de satisfação e depressão grave não é expressiva. Já a relação da satisfação com a depressão leve nos parece mais significativa, pois 26% dos inquiridos que a declaram positivamente estão em situação de depressão leve. A falta de resposta à questão, neste caso, articula-se com a ausência de depressão maioritariamente (37,5%), embora também possa esconder depressão leve (25%), moderada (25%) ou grave (12,5%).

Tabela 34. Relação entre a satisfação pelo ato de cuidar e os níveis de depressão (BDI)

Doença do cuidador	Sem Depressão		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Grave		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Satisfação Genérica	4	26,7	9	60	2	13,3	0	0	15	30
Bem-estar do cuidado	9	75	1	8,3	2	16,7	0	0	12	24
Retribuição/Gratidão	3	75	0	0	1	25	0	0	4	8
Sentido dever cumprido	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,4	3	6
Aprendizagem	1	50	1	50	0	0	0	0	2	4
Amor/Ajuda ao próximo	1	100	0	0	0	0	0	0	1	2
Respeito	0	0	1	100	0	0	0	0	1	2
Insatisfação	4	100	0	0	0	0	0	0	4	8
Não respondeu	3	37,5	2	25	2	25	1	12,5	8	16
<b>Total</b>	23	46	17	34	8	16	2	4	50	100

Fonte: Elaboração Própria

### 6.9. Necessidades dos Cuidadores

Quanto às necessidades mais prementes sentidas pelos cuidadores, “folga e férias” obtêm os resultados mais elevados nas categorias “muitíssimo” e “muito”, com 28% e 36%, respetivamente. Confirma-se, assim, a importância de uma cessação temporária das funções de cuidador referida pela



literatura (e.g. Pereira e Carvalho, 2012; Exel et al., 2007<sup>26</sup>). Aliás, neste mesmo sentido aponta a necessidade de “tempo livre” que se destaca, em terceiro lugar, na categoria “muitíssimo”. Se juntarmos o número de inquiridos que sentem necessidade de liberdade, desde o grau moderado ao último, definido como “muitíssimo”, obtemos uma percentagem de 60% no total dos inquiridos que a mencionam.

Na categoria “muito” a necessidade de maior informação sobre a doença e sobre o cuidar também se destacam com 32% e 30%, respetivamente. Uma vez mais se confirma a literatura que considera fator agravante da sobrecarga a falta de informação do cuidador (e.g. Andrade, 2009, Gonçalves, 2002, Roth et al. 2015)<sup>27</sup>. O apoio familiar sobressai em segundo lugar na categoria “muitíssimo” com 20%. No âmbito das necessidades moderadas destacam-se as condições habitacionais com 52% e o apoio financeiro com 44%. A literatura, como vimos, também sublinha a relevância do apoio financeiro, considerando que a sua ausência é fator agravante de sobrecarga (e.g. Pereira e Filgueiras. 2009; Souza et al., 2015; Roth et al. 2015; Martins et al., 2016, já referidos).

Também nos parece de salientar que 40% de inquiridos rejeitem a necessidade de apoio psicológico. Este resultado poderá explicar-se pelo recurso a estratégias de *coping*, como “reajo como se o problema não existisse”, com uma média de 2,50, “digo a mim próprio que este problema não tem importância”, com média de 2,90, e “centro-me noutras atividades para me distrair”, com 3,16 de média, na Escala de *Toulouse* de *coping*.

---

<sup>26</sup> Cf. Capítulo III. 3.8. o *coping* nos cuidadores informais.

<sup>27</sup> Cf. Capítulo III. 3.6.1.1. fatores agravantes da sobrecarga.

Tabela 35. As necessidades sentidas pelos cuidadores

Necessidades	Nada		Pouco		Moderados		Muito		Muitíssimo		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
Apoio financeiro	3	6	13	26	22	44	9	18	3	6	50
Condições habitacionais	3	6	10	20	26	52	6	12	5	10	50
Equipamentos	15	30	9	18	15	30	7	14	4	8	50
Serviço de enfermagem	11	22	7	14	18	36	10	20	4	8	50
Apoio domicílio	16	32	5	10	17	34	9	18	3	6	50
Folga e férias	4	8	6	12	8	16	18	36	14	28	50
Apoio familiar	6	12	13	26	11	22	10	20	10	20	50
Informação sobre a doença	4	8	11	22	12	24	16	32	7	14	50
Informação sobre o cuidar	2	4	9	18	17	34	15	30	7	14	50
Médico ao domicílio	8	16	11	22	10	20	13	26	8	16	50
Apoio psicológico	20	40	11	22	5	10	9	18	5	10	50
Tempo livre	10	20	10	20	14	28	6	12	10	20	50

Fonte: Elaboração Própria

## 6.10. Validação dos Instrumentos

### 6.10.1. Validação da Entrevista de Zarit

Na tabela nº 36, podemos verificar que as questões “Acha que a pessoa de quem cuida está demasiado dependente de si?” e “Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu dependente?” apresentaram os maiores valores médios, com 4,34 e 3,40 respetivamente; e um desvio padrão de 1,022 e 1,325, respetivamente.

Constatamos que existe uma elevada sensibilidade nas questões “Sente vergonha com o comportamento do seu dependente?” e “sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu dependente?”, pelo que se excluíram estas questões da análise, passando a entrevista a ter vinte itens. Os valores de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*), foram superiores a 3 e 7 respetivamente.

Tabela 36. Principais medidas estatísticas dos itens da Entrevista de Zarit

Questões	Min	Máx	M	DP	Sk		Ku	
					Valor	Sk/SE	Valor	Ku/SE
1	1	5	2,42	1,295	,389	1,156	-1,063	-1,606
2	1	5	3,20	1,161	-,653	-1,939	-,364	-0,550
3	1	5	3,22	1,250	-,240	-0,714	-,774	-1,170
<b>4</b>	1	4	1,40	,808	1,788	<b>5,313</b>	1,835	2,773
5	1	5	1,98	1,040	,835	2,482	,051	0,077
6	1	5	1,90	1,266	1,076	3,196	-,215	-0,325
7	1	5	3,40	1,325	-,571	-1,695	-,752	-1,135
8	1	5	4,34	1,022	-1,814	-5,390	3,159	4,772
9	1	5	2,74	1,337	,126	0,376	-1,216	-1,837
10	1	5	3,06	1,268	-,304	-0,904	-,837	-1,264
11	1	5	2,54	1,328	,482	1,433	-,977	-1,476
12	1	5	3,12	1,467	-,262	-0,778	-1,334	-2,015
<b>13</b>	1	5	1,71	1,173	1,640	<b>4,871</b>	1,554	2,347
14	1	5	3,33	1,491	-,238	-0,706	-1,334	-2,015
15	1	5	2,96	1,399	-,067	-0,200	-1,226	-1,852
16	1	5	2,59	1,413	,221	0,656	-1,316	-1,988
17	1	5	2,76	1,362	,053	0,157	-1,265	-1,910
18	1	5	2,65	1,575	,372	1,106	-1,359	-2,054
19	1	5	2,20	1,307	,656	1,949	-,797	-1,204
20	1	5	2,27	1,076	,277	0,823	-,757	-1,143
21	1	5	2,24	1,146	,706	2,098	,020	0,030
22	1	5	3,14	1,323	-,161	-0,478	-1,066	-1,610

Fonte: Elaboração Própria

Tal como na Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010), e depois de aplicada a análise fatorial, foram identificados três fatores, com base no processo de componentes principais, e com rotação varimax.

A tabela nº 39 apresenta o peso (saturação) dos itens no questionário aplicado, tendo sido criadas três componentes principais com valores próprios superiores a 1, apresentando estes uma variância explicada conjunta de 54,358%.

Tabela 37. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (Entrevista de Zarit)

Itens	Dimensões/Fatores		
	1	2	3
5	0,844		
6	0,738		
19	0,737		
1	0,726		
9	0,661		
18	0,570		
22	0,543		
16	0,538		
2	0,484		
12		0,754	
8		0,668	
10		0,652	
11		0,618	
14		0,605	
17		0,603	
3		0,570	
7		0,510	
15		0,439	
21			0,926
20			0,920
Valores Próprios	4,726	4,095	2,051
Variância Explicada	23,629	20,476	10,253

Fonte: Elaboração Própria

De seguida foi analisada a consistência interna e as respetivas correlações com o construto global (Dimensão Geral).

Na tabela nº 40 para além dos fatores, são apresentados os valores de *Alpha* de *Cronbach* referentes à consistência interna (estudo da fidelidade do construto).

Tabela 38. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (Entrevista de Zarit)

Dimensões/Fatores	Itens	Alpha de Cronbach
1	1, 2, 5, 6, 9, 16, 18, 19, 22	0,870
2	3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15,	0,826
3	20, 21	0,883
Dimensão Geral		0,883

Fonte: Elaboração Própria

O total da escala apresentou uma consistência interna, *Alpha de Cronbach*, de 0,883, com valores considerados muito bons ( $N = 50$ ; variância = 0,331;  $M = 2,81$ ;  $DP = 0,575$ ). Assim, os valores por fator apresentam-se semelhantes, dentro do limite muito favorável, possuindo assim uma razoável consistência interna.

Com o objetivo de avaliar qual o grau de associação entre as três dimensões e a dimensão global (o total dos itens), efetuou-se uma matriz de correlações de *Pearson* (tabela nº X 52).

A análise dos dados revelou associações fortes, positivas e estatisticamente significativas entre 2 dimensões e a dimensão global, a dimensão 1 ( $r(50) = 0,891$ ;  $p < 0,001$ ) e a dimensão 2 ( $r(50) = 0,884$ ;  $p < 0,001$ ). Relativamente à dimensão 3, não se verificou existir correlação com a dimensão global.

Tabela 39. Correlação entre as dimensões e a dimensão global, média e desvio padrão (Entrevista de Zarit)

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Correlação com o Dimensão Global	Valor-p
1	2,53	0,902	0,891**	<0,001
2	3,05	0,819	0,884**	<0,001
3	2,26	1,051	0,223	>0,05
Dimensão Global	2,80	0,723	-	-

\*\* A correlação é significativa ao nível de .01 (bilateral)

Fonte: Elaboração Própria

### 6.10.2. Validação do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Na tabela nº 40, podemos verificar que as questões relacionadas com o “Distúrbio do Sono” e a “Diminuição da Líbido” apresentaram os maiores valores de média, com 2,04 e 2,00 e o desvio padrão de 0,903 e 1,125, respetivamente.

Verificamos ainda que as questões relacionadas com “Sensação de Fracasso”, “Sensação de Punição” e “Ideias Suicidas” apresentam bastante sensibilidade, ou seja, valores elevados de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*), superiores a 3 e 7 respectivamente, pelo que as mesmas não foram analisadas.

Tabela 40. Principais medidas estatísticas dos itens do (BDI)

Questões	Min	Máx	M	DP	Sk		Ku	
					Valor	Sk/SE	Valor	Ku/SE
1	1	4	1,76	,916	1,004	2,98	,098	0,15
2	1	4	1,66	,961	1,465	4,35	1,196	1,81
<b>3</b>	1	4	1,28	,671	2,555	<b>7,59</b>	6,190	<b>9,35</b>
4	1	4	1,70	,839	1,274	3,78	1,388	2,10
5	1	3	1,24	,555	2,285	6,79	4,299	6,49
<b>6</b>	1	4	1,30	,839	2,828	<b>8,40</b>	6,749	<b>10,20</b>
7	1	3	1,34	,658	1,745	5,18	1,703	2,57
8	1	3	1,38	,635	1,468	4,36	1,041	1,57
<b>9</b>	1	3	1,12	,385	3,450	<b>10,25</b>	12,378	<b>18,70</b>
10	1	4	1,48	,789	1,758	5,22	2,727	4,12
11	1	4	1,76	,797	,718	2,13	-,248	-0,37
12	1	4	1,38	,725	1,942	5,77	3,193	4,82
13	1	4	1,66	,895	,919	2,73	-,627	-0,95
14	1	4	1,48	,863	1,653	4,91	1,595	2,41
15	1	3	1,80	,670	,254	0,76	-,730	-1,10
16	1	4	2,04	,903	,960	2,85	,502	0,76
17	1	4	1,92	,665	,522	1,55	,988	1,49
18	1	3	1,56	,644	,723	2,15	-,442	-0,67
19	1	4	1,52	,974	1,667	4,95	1,376	2,08
20	1	3	1,50	,614	,825	2,45	-,260	-0,39
21	1	4	2,00	1,125	,807	2,40	-,743	-1,12

Fonte: Elaboração Própria

Tal como fizeram Gorestein e Andrade (1998), e depois de aplicada a análise fatorial à escala de Beck, agora apenas para dezoito itens, podemos agregar os itens em três dimensões/fatores, com base no processo de componentes principais com rotação varimax.

A tabela nº 41 apresenta o peso (saturação) dos itens no questionário aplicado, tendo sido criadas cinco componentes principais com valores próprios superiores a 1, apresentando estes uma variância explicada conjunta de 56,412%.

Tabela 41. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratório, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (BDI)

Itens	Dimensões/Fatores		
	1	2	3
14	0,831		
12	0,768		
1	0,750		
13	0,688		
15	0,569		
17	0,557		
16	0,417		
4		0,779	
2		0,744	
7		0,651	
5		0,571	
11		0,571	
10		0,540	
19			0,771
20			0,675
21			0,489
18			0,469
Valores Próprios	4,381	3,484	2,288
Variância Explicada	24,341	19,358	12,713

Fonte: Elaboração Própria

De seguida foi analisada a consistência interna e as respetivas correlações com o construto global (Dimensão Geral).

Na tabela nº 42, para além dos fatores, são apresentados os valores de *Alpha* de *Cronbach* referentes à consistência interna (estudo da fidelidade do construto).

Tabela 42. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (BDI)

Dimensões/Fatores	Itens	Alpha de Cronbach
1	1, 12, 13, 14, 15, 16, 17	0,851
2	2, 4, 5, 7, 10, 11	0,820
3	18, 19, 20, 21	0,641
Dimensão Geral		0,904

Fonte: Elaboração Própria

O total da escala apresentou uma consistência interna, *Alpha de Cronbach*, de 0,904, com valores considerados muito bons ( $N = 50$ ; variância = 0,053;  $M = 1,621$ ;  $DP = 0,230$ ). Assim, os valores por fator apresentam-se semelhantes, dentro do limite muito favorável, com a exceção do fator 3, que revela possuir uma razoável consistência interna.

Com o objetivo de avaliar qual o grau de associação entre as três dimensões e a dimensão global (o total dos itens), efetuou-se uma matriz de correlações de Pearson (tabela nº X 44).

A análise dos dados revelou associações fortes, positivas e estatisticamente significativas entre as três dimensões e a dimensão global, que variaram de ( $r(50) = 0,743$ ;  $p < 0,001$ ) para a dimensão 3 e ( $r(50) = 0,912$ ;  $p < 0,001$ ) para a dimensão 1.

Tabela 43. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio Padrão (BDI)

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Correlação com o índice total	Valor-p
1	1,72	0,586	0,912**	<0,001
2	1,53	0,559	0,859**	<0,001
3	1,65	0,587	0,743**	<0,001
Dimensão Global	1,62	0,485	-	-

\*\* A correlação é significativa ao nível de .01 (bilateral)

Fonte: Elaboração Própria

### 6.10.3. Validação do Índice de Barthel (IB)

Na tabela nº 44, podemos verificar que as questões relacionadas com o “Controle Esfincteriano (intestino)” e as “Transferências Cadeira/Cama” apresentam os maiores valores de média – 2,84 e 2,65



e desvio padrão de 1,800 e 1,669, respectivamente. Verificamos ainda que não se registaram questões com elevado grau de sensibilidade, ou seja, com valores de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*), superiores a 3 e 7 respectivamente.

Tabela 44. Principais medidas estatísticas dos itens da Escala Modificada de Barthel

Questões	Mín	Máx	M	DP	Sk		Ku	
					Valor	Sk/SE	Valor	Ku/SE
1	1	5	2,38	1,537	,482	1,431	-1,389	-2,098
2	1	5	2,20	1,539	,805	2,393	-,955	-1,443
3	1	5	2,62	1,510	,279	0,828	-1,465	-2,213
4	1	5	2,44	1,606	,621	1,846	-1,185	-1,790
5	1	5	2,14	1,385	,843	2,504	-,706	-1,067
6	1	5	2,34	1,479	,602	1,789	-1,125	-1,699
7	1	5	2,48	1,619	,488	1,450	-1,459	-2,205
8	1	5	<b>2,84</b>	<b>1,800</b>	,140	0,416	-1,865	-2,817
9	1	5	2,64	1,594	,258	0,767	-1,590	-2,402
10	1	5	<b>2,65</b>	<b>1,669</b>	,335	0,997	-1,616	-2,442

Fonte: Elaboração Própria

Tal como no relatório de Apóstolo (2012), foi aplicada a análise fatorial à Escala Modificada de Barthel, tendo sido agregados três fatores, com base no processo de componentes principais, com rotação varimax.

A tabela apresenta o peso (saturação) dos itens no questionário aplicado, tendo sido criadas três componentes principais com valores próprios superiores a 1, apresentando estes uma variância explicada conjunta de 87,142%.

Tabela 45. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada (IB)

Itens	Dimensões/Fatores		
	1	2	3
1	0,848		
2	0,838		
3	0,837		
10	0,582		
9	0,555		
5		0,846	
4		0,661	
6		0,650	
7			0,906
8			0,659
Valores Próprios	3,894	2,532	2,289
Variância Explicada	38,938	25,317	22,887

Fonte: Elaboração Própria

De seguida foi analisada a consistência interna e as respetivas correlações com o construto global (Dimensão Geral). Na tabela seguinte, para além dos fatores, são apresentados os valores de *Alpha* de *Cronbach* referentes à consistência interna (estudo da fidelidade do construto).

Tabela 46. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach (IB)

Dimensões/Fatores	Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>
1	1, 2, 3, 9, 10	0,938
2	4, 5, 6	0,930
3	7, 8	0,874
Dimensão Geral		0,961

Fonte: Elaboração Própria

O total da escala apresentou uma consistência interna, *Alpha de Cronbach*, de 0,961, com valores considerados muito bons ( $N = 50$ ;  $variância = 0,061$ ;  $M = 2,42$ ;  $DP = 0,247$ ). Assim, os valores por fator apresentam-se semelhantes, dentro de um limite muito favorável, possuindo assim uma razoável consistência interna.

Com o objetivo de avaliar qual o grau de associação entre as três dimensões e a dimensão global (o total dos itens), efetuou-se uma matriz de correlações de Pearson (tabela nº X 48).

A análise dos dados revelou associações fortes, positivas e estatisticamente significativas entre as três dimensões e a dimensão global, que variaram de ( $r(50) = 0,859; p < 0,001$ ) para a dimensão três e ( $r(50) = 0,972; p < 0,001$ ) para a dimensão um.

Tabela 47. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio padrão (IB)

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Correlação com o índice total	Valor-p
1	2,52	1,415	0,972**	<0,001
2	2,31	1,396	0,939**	<0,001
3	2,66	1,611	0,859**	<0,001
Dimensão Global	2,48	1,357	-	-

\*\* A correlação é significativa ao nível de .01 (bilateral)

Fonte: Elaboração Própria

#### 6.10.4. Validação da Escala de Toulouse de coping (Versão Reduzida)

Na tabela nº 46, podemos observar que a questão “sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar” é a que obteve maior concordância, com uma média de 4,14 e um desvio padrão de 1,178. De salientar que a que reuniu menor concordância foi a questão “evito encontrar-me com pessoas” e “afasto-me dos outros”, ambos com valores de média iguais 2,24 e desvio padrão de 1,451 e 1,585, respetivamente.

Constatámos também que não existem valores de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*), superiores a 3 e 7 respetivamente (análise de sensibilidade).

Tabela 48. Principais medidas estatísticas dos itens da Escala de Toulouse de *coping*

Questões	Mín	Máx	M	DP	Sk		Ku	
					Valor	Sk/SE	Valor	Ku/SE
Enfrento a situação	1	5	3,34	1,136	-0,021	-0,062	-0,831	-1,255
Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	5	3,08	1,441	-0,103	-0,306	-1,293	-1,953
Tento não pensar no problema	1	5	3,26	1,175	-0,061	-0,181	-0,865	-1,307
Evito encontrar-me com pessoas	1	5	2,24	1,451	0,732	2,172	-0,852	-1,287
Mudo a minha forma de viver	1	5	2,48	1,460	0,451	1,338	-1,132	-1,710
Analiso a situação para melhor a compreender	1	5	3,70	1,249	-0,902	-2,677	-0,014	-0,021
Sinto necessidade de partilhar o que sinto com os que me são próximos	1	5	3,46	1,343	-0,490	-1,454	-0,874	-1,320
Procuro atividades coletivas	1	5	2,64	1,509	0,314	0,932	-1,396	-2,109
Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar	1	5	4,14	1,178	-1,374	-4,077	1,119	1,690
Não sinto nada quando chegam as dificuldades	1	5	2,40	1,262	0,521	1,546	-0,652	-0,985
Resisto ao desejo de agir, até que a situação o permita	1	5	2,88	1,239	0,170	0,504	-0,918	-1,387
Reajo como se o problema não existisse	1	5	2,50	1,460	0,532	1,579	-1,158	-1,749
Procuro a ajuda dos meus amigos para aliviar a minha ansiedade	1	5	3,12	1,438	-0,090	-0,267	-1,296	-1,958
Afasto-me dos outros	1	5	2,24	1,585	0,772	2,291	-1,072	-1,619
Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	5	3,94	1,219	-0,867	-2,573	-0,125	-0,189
Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	5	2,90	1,488	0,178	0,528	-1,304	-1,970
Centro-me noutras atividades para me distrair	1	5	3,16	1,390	-0,061	-0,181	-1,252	-1,891
Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1	5	3,72	1,400	-0,590	-1,751	-1,074	-1,622

Fonte: Elaboração Própria

Tal como na Escala de *Toulouse de coping* - Reduzida, validada para a população portuguesa, em 2014, por Nunes et al., podemos agregar os itens em cinco dimensões/fatores, efetuando uma análise fatorial exploratória, com base no processo de componentes principais com rotação varimax.

A tabela nº 49 apresenta o peso (saturação) dos itens no questionário aplicado, tendo sido criadas cinco componentes principais com valores próprios superiores a 1 e apresentando estes uma variância explicada conjunta de 66,673%.

Tabela 49. Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada

Itens	Dimensões/Fatores				
	1	2	3	4	5
9	0,766				
15	0,753				
6	0,704				
18	0,651				
7		0,838			
13		0,811			
8		0,760			
14			0,835		
5			0,823		
4			0,755		
2				0,793	
3				0,711	
1				0,641	
16					0,716
11					0,674
12					0,561
17					0,544
Valores Próprios	2,788	2,661	2,299	2,216	2,037
Variância Explicada	15,492	14,781	12,771	12,311	11,319

Fonte: Elaboração Própria

Em seguida foi analisada a consistência interna e das respectivas correlações com o construto global (Dimensão Geral).

Na tabela nº 50, para além dos fatores, são apresentados os valores de *Alpha* de *Cronbach* referentes à consistência interna (estudo da fidelidade do construto).

Tabela 50. Valores do coeficiente Alpha de Cronbach

Dimensões/Fatores	Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>
1. Controle	6, 9, 15, 18	0,76
2. Recusa	7, 8, 13	0,81
<b>3. Conversão</b>	4, 5, 14	0,78
<b>4. Distração</b>	1, 2, 3	0,69
<b>5. Suporte Social</b>	11, 12, 16, 17	0,61
Dimensão Geral		0,77

Fonte: Elaboração Própria

O total da escala apresentou uma consistência interna, *Alpha de Cronbach*, de 0,774, com valores considerados aceitáveis ( $N = 50$ ; variância = 0,338;  $M = 3,067$ ;  $DP = 0,581$ ). Assim, os valores por fator apresentam-se semelhantes, dentro do limite aceitável, com a exceção do fator dois, que revela possuir uma boa consistência interna.

Com o objetivo de avaliar qual o grau de associação entre as cinco dimensões e a dimensão global (o total dos itens), efetuou-se uma matriz de correlações de Pearson (tabela nº 51).

A análise dos dados revelou associações fortes, positivas e estatisticamente significativas entre as 5 dimensões e a dimensão global, que variaram de ( $r(50) = 0,379$ ;  $p < 0,000$ ) para a dimensão 3 e ( $r(50) = 0,654$ ;  $p < 0,000$ ) para a dimensão 5.

Tabela 51. Correlação entre as dimensões e o índice total, média e desvio padrão

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Correlação com o índice total	Valor-p
1	3,88	0,959	0,613**	<0,000
2	3,07	1,211	0,531**	<0,000
3	2,32	1,247	0,379**	<0,000
4	3,23	0,984	0,648**	<0,01
5	2,86	0,945	0,654**	<0,000
Dimensão Global	3,07	0,601	-	-

\*\* A correlação é significativa ao nível de .01 (bilateral)

Fonte: Elaboração Própria

### 6.11. Formas de *Coping* Mais Utilizadas pelos Cuidadores

A tabela nº 52 resume as respostas dadas pelos cuidadores à Escala de *Toulouse de coping*. Depois de se pedir aos inquiridos que escolhessem uma situação difícil, este deveria indicar nas afirmações propostas como reagiria a essa situação. Grande parte dos inquiridos não descreveu a situação difícil (42% dos inquiridos) e por essa razão não nos foi possível tratar este dado.

As estratégias de *coping* mais frequentes são “redobro os esforços” (54% dos cuidadores) e “aceito a ideia” (48% dos cuidadores). Pelo contrário, são indicadas também, embora não sejam utilizadas, as estratégias “evito outras pessoas” (50% dos cuidadores), “mudo a forma de viver” (40% dos cuidadores) e “afasto-me dos outros” (56% dos cuidadores).

Tabela 52. Estratégias de coping mais comuns

Escala de <i>coping</i>	Nunca		Pouca Frequência		Alguma Frequência		Frequentemente		Muito Frequentemente		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
Enfrento a situação	2	4	10	20	17	34	11	22	10	20	50
Trabalho em cooperação	10	20	8	16	11	22	10	20	11	22	50
Tento não pensar	3	6	11	22	15	30	12	24	9	18	50
Evito outras pessoas	25	50	4	8	11	22	4	8	6	12	50
Mudo a forma de viver	20	40	5	10	13	26	5	10	7	14	50
Analiso a situação	5	10	3	6	9	18	18	36	15	30	50
Necessito partilhar	6	12	6	12	11	22	13	26	14	28	50
Atividades coletivas	17	34	9	18	7	14	9	18	8	16	50
Redobro os esforços	3	6	2	4	7	14	11	22	27	54	50
Não sinto nada	16	32	11	22	14	28	5	10	4	8	50
Resisto ao desejo de agir	7	14	34	28	13	26	10	20	6	12	50
Reajo	17	34	13	26	5	10	8	16	7	14	50
Procura ajuda	9	18	9	18	11	22	9	18	12	24	50
Afasto-me dos outros	28	56	3	6	6	12	5	10	8	16	50
Aceito a ideia	3	6	2	4	14	28	7	14	24	48	50
Digo que não tem	12	24	9	18	13	26	4	8	12	24	50
Centro-me outras	7	14	11	22	11	22	9	18	12	24	50
Reflito	4	8	8	16	9	38	6	12	23	46	50

Fonte: Elaboração Própria

## Capítulo VII

### Discussão das hipóteses formuladas

#### 7.1. Relação entre a Sobrecarga dos Cuidadores e o Nível de Depressão Destes (H1)

As tarefas associadas ao cuidado de idosos dependentes podem estar na origem de situações de sobrecarga vividas pelo cuidador informal. Pereira e Carvalho (2012) referem estudos em que foi verificada uma associação fortemente significativa entre sobrecarga e depressão. A tabela nº 53 relaciona os níveis de sobrecarga com os níveis de depressão, permitindo verificar que a maioria dos inquiridos que declararam não sentir sobrecarga também não sentem depressão (sete em nove, 78%). Dos que sentem sobrecarga ligeira, 64% não tem depressão e 36% tem depressão leve. Por fim, dos que sentem sobrecarga intensa, só 7% tem depressão grave, 30% tem depressão moderada e 37% tem depressão leve. E há 26% de inquiridos em sobrecarga intensa que não estão em situação de depressão. No entanto, só existem situações de depressão grave e moderada em casos de sobrecarga intensa. Em conclusão, com o aumento do nível de sobrecarga aumenta a possibilidade de depressão, embora esta nem sempre ocorra.

Tabela 53. Relação entre níveis de sobrecarga e níveis de depressão (Entrevista de Zarit)

Beck	Sem Sobrecarga		Sobrecarga Ligeira		Sobrecarga Intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sem Depressão	7	30,4	9	39,1	7	30,4	23	100
Depressão leve a moderada	2	11,8	5	29,4	10	58,8	17	100
Depressão moderada a grave	0	0	0	0	8	100	8	100
Depressão grave	0	0	0	0	2	100	2	100
<b>Total</b>	9	18	14	28	27	54	50	100

$\chi^2 = 14,33$ ; p-value = 0,026

Fonte: Elaboração Própria



Através da análise de correlação de *Spearman* entre a pontuação obtida nos testes de sobrecarga e depressão ( $\rho = 0,664$ ;  $p\text{-value} = 0,000$ ), verifica-se que a correlação é forte e significativa a 1%, o que nos permite concluir que os dados da amostra estão de acordo com a hipótese H1 de que a níveis maiores de sobrecarga correspondem níveis maiores de depressão, ou do mesmo modo, que a níveis mais altos de depressão corresponderão níveis mais altos de sobrecarga.

## **7.2. Relação entre o Nível de Sobrecarga e Depressão dos Cuidadores, por um lado, e a Idade, a Situação Profissional e a Escolaridade, por outro (H2)**

Esta hipótese pretende analisar se o nível de depressão e sobrecarga dos cuidadores está relacionado com a idade, a situação profissional e as habilitações do cuidador. Estudos citados por Sequeira (2007) referem que os cuidadores reformados atingem níveis de sobrecarga mais elevados e que a existência de uma atividade profissional é promotora de menor sobrecarga. A literatura não é concordante neste ponto. Como vimos Pereira e Filgueiras (2009), por exemplo consideram a escolaridade um fator agravante do nível da sobrecarga e da depressão, mas Fernandes (2009) desvaloriza esta, bem como idade e profissão.

A tabela nº 54, apresenta os dados obtidos com a análise de *Spearman* para as variáveis idade, habilitações e situação profissional com a pontuação obtida nos testes de sobrecarga e depressão. A idade mostrou correlação regular e significativa com depressão ( $\rho = 0,463$ ;  $p\text{-value} = 0,001$ ), mas tal não nos permite concluir que seja específica dos cuidadores, até porque é referido frequentemente uma maior incidência de depressão em pessoas com mais idade (e.g. Sequeira, 2007, 2018). Além disso, recordemos também que os inquiridos da nossa amostra tinham maioritariamente a escolaridade obrigatória concluída: somava 52% os inquiridos com ensino secundário, licenciatura e mestrado.

Tabela 54. Correlações estatísticas de Spearman (H2)

	$\rho$	$p$ -value
Idade do Cuidador Vs. Score de sobrecarga	0,23	0,109
Habilitações do Cuidador Vs. Score de Sobrecarga	-0,07	0,959
Situação Profissional Vs. Score de Sobrecarga	0,104	0,473
Idade do Cuidador Vs. Score de Depressão	0,463	0,001**
Habilitações do Cuidador Vs. Score de Depressão	-0,04	0,782
Situação Profissional Vs. Score de Depressão	0,282	0,047

\*\*Correlação significativa para 0,01

Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se uma relação quase nula entre o nível de habilitações escolares, quer seja com a sobrecarga quer seja com a depressão. No caso da situação profissional, os resultados obtidos para a correlação de *Spearman* são muito baixos ( $\rho < 0,3$ ). Estudos realizados por Pereira (2015) numa amostra de cuidadores de Lisboa, também não obteve qualquer relação entre idade e sobrecarga e entre escolaridade e sobrecarga.

Assim sendo, não é possível verificar a hipótese de que o nível de sobrecarga e depressão dos cuidadores está relacionado com uma idade mais avançada, a situação de reforma e menores habilitações.

### 7.3. Relação entre o Grau de Dependência do Idoso e o Nível de Sobrecarga e Depressão dos Cuidadores (H3)

A aplicação do IB deu como resultados uma maioria de idosos com dependência total (48%) e uma maioria de cuidadores com sobrecarga intensa (54%). Pretendemos avaliar se graus maiores de dependência nos idosos correspondem a maiores níveis de sobrecarga nos cuidadores. Pela observação da tabela nº 55, verifica-se que a sobrecarga intensa surge em 67% de cuidadores de idosos com dependência total, 50% dos cuidadores de idosos com dependência severa, 45% dos cuidadores de

idosos com dependência moderada e em 33% dos cuidadores de idosos com dependência leve. A gradual diminuição da sobrecarga intensa à medida que o idoso tem um nível de dependência menor confirma que a sobrecarga aumenta com o aumento do nível de dependência.

Tabela 55. Relação entre os níveis de depressão dos cuidadores e os níveis de dependências dos cuidados (IB)

Zarit	Dependência Total		Dependência Severa		Dependência Moderada		Dependência Leve		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sem Sobrecarga	3	33,3	1	11,1	3	33,3	2	22,3	9	100
Sobrecarga Ligeira	5	35,7	2	14,3	3	21,4	4	28,6	14	100
Sobrecarga Intensa	16	59,3	3	11,1	5	18,5	3	11,1	27	100
<b>Total</b>	24	48	6	12	11	20	9	18	50	100
<b><math>\chi^2 = 3,99; p - value = 0,678</math></b>										

Fonte: Elaboração Própria

Através da análise de correlação de *Spearman* entre a pontuação obtida na Entrevista de Zarit para avaliar sobrecarga do cuidador e a pontuação obtida na Escala de Barthel ( $\rho = -0,187; p\text{-value} = 0,194$ ), verifica-se que a correlação é negativa (pois a pontuações menores corresponde maior dependência, enquanto a pontuações maiores corresponde maior sobrecarga), mas é fraca ( $<0,3$ ) e não significativa ( $p\text{-value} > 0,05$ ). Estes resultados estão em desacordo com outros estudos, como Pereira (2015) que refere correlação negativa entre autonomia nos idosos e sobrecarga do cuidador, embora apenas nas atividades instrumentais, e Sequeira (2007) que refere que a autonomia do idoso é determinante para os níveis de sobrecarga sentidos pelos cuidadores.

No que diz respeito aos níveis de depressão nos cuidadores, a maioria não tem depressão (46%). Pela análise dos dados constantes da tabela nº 56, verifica-se que também a maioria (42%) dos cuidadores de idosos totalmente dependentes não tem depressão.

Tabela 56. Relação entre os níveis de sobrecarga dos cuidadores e os níveis de dependências dos cuidados:

Beck	Dependência Total		Dependência Severa		Dependência Moderada		Dependência Leve		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sem Depressão	10	43,5	5	21,7	4	17,4	4	17,4	23	100
Depressão leve a moderada	8	47,1	1	5,9	6	35,3	2	11,8	17	100
Depressão moderada a grave	5	62,5	0	0	0	0	3	37,5	8	100
Depressão grave	1	50	0	0	1	50	0	0	2	100
<b>Total</b>	24	48	6	12	11	20	9	18	50	100

$\chi^2 = 10,48; p - value = 0,313$

Fonte: Elaboração Própria

Através da análise da correlação de *Spearman* entre a pontuação obtida no Inventário de Depressão de Beck para avaliar a depressão do cuidador e a pontuação obtida na Escala Modificada de Barthel ( $\rho = -0,122$  e  $p-value = 0,397$ ), verifica-se que a correlação é negativa, como seria de esperar, mas é fraca ( $<0,3$ ) e não significativa ( $p-value > 0,05$ ).

#### 7.4. Relação entre as Necessidades Percebidas pelo Cuidador e os Níveis de Sobrecarga e a Depressão (H4)

Determinaram-se as médias e o desvio padrão das necessidades do cuidador, considerando que valores de 1 a 5 para cada uma das opções de escolha do questionário (nada a muitíssimo), tendo-se obtido os resultados apresentados na tabela nº 57.

Tabela 57. Cálculo da média das necessidades sentidas pelo cuidador

Necessidades	Média	Desvio Padrão
Apoio financeiro	2,92	0,97
Condições habitacionais	3,00	0,99
Equipamentos	2,52	1,28
Serviço enfermagem	2,78	1,23
Apoio domiciliário	2,56	1,28
Folga e férias	3,64	1,24
Apoio familiar	3,10	1,33
Informação sobre a doença	3,22	1,18
Informação sobre cuidar	3,32	1,06
Médico ao domicílio	3,04	1,34
Apoio psicológico	2,36	1,43
Tempo livre	2,92	1,40

Fonte: Elaboração Própria

Por análise dos valores da tabela, verifica-se que “folga e férias” são referidas como as necessidades mais sentidas (3,64) seguida de necessidade de maior informação sobre o cuidar (3,32) e sobre a doença (3,22). Para estudar a relação entre as necessidades percebidas pelo cuidador e os níveis de sobrecarga e de depressão, determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre cada uma das necessidades sentidas pelos cuidadores e as pontuações obtidas no Inventário da Depressão de Beck e na Entrevista de Zarit, registados na tabela 48.

Após análise, verificou-se que existem algumas relações a considerar entre as necessidades e os níveis de sobrecarga e depressão. No que se refere ao Inventário da Depressão de Beck, sobressai o apoio financeiro com correlação negativa, regular e significativa ( $<0,05$ ), o que permite concluir que os níveis de depressão aumentam para menores necessidades de apoio financeiro, o que não é possível explicar.

Tabela 58. Correlação entre as necessidades, pontuação de Zarit e Beck

Necessidades	Beck		Zarit	
	$\rho$	<i>p-value</i>	$\rho$	<i>p-value</i>
Apoio financeiro	-0,34	0,02**	-0,08	0,56
Condições habitacionais	-0,07	0,63	0,11	0,47
Equipamentos	-0,21	0,15	0,08	0,58
Serviço enfermagem	-0,12	0,43	0,24	0,10
Apoio domiciliário	-0,12	0,42	0,21	0,10
Folga e férias	0,26	0,07	0,41	0,00**
Apoio familiar	0,06	0,69	0,21	0,15
Informação sobre a doença	-0,11	0,45	-0,11	0,94
Informação sobre cuidar	-0,01	0,95	0,13	0,35
Médico ao domicílio	-0,16	0,27	0,22	0,13
Apoio psicológico	0,08	0,56	0,20	0,16
Tempo livre	0,02	0,90	0,08	0,57

\*\*Correlação significativa para 0,01

Fonte: Elaboração Própria

A necessidade de folga e férias tem correlação fraca e positiva, embora não significativa. No que se refere à Entrevista de Zarit, é também esta que apresenta o maior coeficiente de correlação (0,41) correlação regular, positiva e significativa, o que permite concluir a maiores necessidades de folga e férias correspondem maiores níveis de sobrecarga.

Estes resultados estão aquém do que costuma ser referido na literatura sobre o tema, as necessidades são na sua maioria classificadas como moderadas, não parecendo estar relacionadas nesta amostra com as situações de sobrecarga e depressão.

Sequeira (2007) refere mesmo que existem grandes diferenças ao nível das necessidades sentidas pelos cuidadores, conforme as suas características, mas indica como mais comuns as estão relacionados com restrições sociais (falta de liberdade, folga e férias), e com as exigências de cuidar (informação sobre a doença e sobre o cuidar), além de falta de limitações financeiras.

Neste caso, só foi possível comprovar a relação entre a necessidade de folga e férias e o aumento dos níveis de sobrecarga.

### **7.5. Relação entre as Estratégias de *Coping* e o Nível de Sobrecarga e de Depressão dos Cuidadores (H5)**

No que se refere às estratégias de *coping* determinaram-se as médias e desvio padrão das estratégias utilizadas pelos cuidadores considerando valores de 1 a 5 para cada uma das opções de escolha do questionário (de nunca a muito frequentemente), tendo-se obtido os resultados apresentados na tabela nº 59.

As estratégias mais utilizadas pelos cuidadores inquiridos foram “redobro os esforços” ( $\mu=4,4$ ), “aceito a ideia” ( $\mu=3,94$ ), e “reflito” ( $\mu=3,72$ ), embora existam outras estratégias com médias superiores a 3. A estratégia menos utilizada é “afasto-me dos outros” e “evito outras pessoas” com uma média de 2,24.

Importa referir que existe um grande número de estratégias que são utilizadas com frequência, mas não nos foi possível cruzar os resultados obtidos com outros estudos anteriores por não utilizarem a mesma escala que este estudo.

Tabela 59. Cálculo das médias das estratégias de coping

Estratégias de <i>coping</i>	Média	Desvio Padrão
Enfrento a situação	3,34	1,136
Trabalho em cooperação	3,08	1,441
Tento não pensar	3,23	1,175
Evito outras pessoas	2,24	1,451
Mudo a forma de viver	2,48	1,460
Analiso a situação	3,7	1,249
Sinto necessidade de partilhar	3,46	1,343
Atividades coletivas	2,64	1,509
Redobro os esforços	4,14	1,178
Não sinto nada	2,4	1,262
Resisto ao desejo de agir	2,88	1,239
Reajo	2,5	1,460
Procuo ajuda	3,12	1,438
Afasto-me dos outros	2,24	1,585
Aceito a ideia	3,94	1,219
Digo que não tem importância	2,9	1,488
Centro-me em outras atividades	3,16	1,390
Reflito	3,72	1,400

Fonte: Elaboração Própria

Para estudar a relação entre as estratégias utilizadas pelos cuidadores e os níveis de sobrecarga e de depressão, determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre cada uma das estratégias utilizadas pelos cuidadores e as pontuações obtidas no Inventário da Depressão de Beck e na Entrevista de Zarit, registados na tabela 50.

Após análise, concluímos que existem algumas relações a considerar entre as estratégias de *coping* e os níveis de sobrecarga e depressão. No que se refere ao Inventário da Depressão de Beck, sobressai a estratégia “mudo a forma de viver” com correlação positiva, regular e significativa ( $\rho = 0,37$ ;  $p\text{-value} = 0,01$ ) e as estratégias “evito as pessoas” e “afasto-me dos outros” ( $\rho = 0,34$ ;  $p\text{-value} = 0,02$ ), o que permite concluir que a utilização destas estratégias está relacionada com níveis mais altos de depressão. A estratégia “redobro os esforços” também revela correlação regular e significativa, mas negativa ( $\rho = -0,38$ ;  $p\text{-value} = 0,01$ ), estando a sua utilização relacionada com níveis mais baixos de depressão.



Tabela 60. Correlação entre *coping*, pontuação de Zarit e Beck

Necessidades	Beck		Zarit	
	$\rho$	<i>p-value</i>	$\rho$	<i>p-value</i>
Enfrento a situação	-0,21	0,14	-0,02	0,99
Trabalho em cooperação	-0,03	0,82	-0,12	0,40
Tento não pensar	-0,04	0,78	-0,12	0,93
Evito outras pessoas	0,34	0,02*	0,34	0,02*
Mudo a forma de viver	0,37	0,01**	0,42	0,00**
Analiso a situação	-0,35	0,01	-0,25	0,09
Sinto necessidade de partilhar	-0,10	0,51	-0,10	0,48
Atividades coletivas	-0,17	0,27	-0,09	0,54
Redobro os esforços	-0,38	0,01**	-0,19	0,18
Não sinto nada	-0,05	0,73	0,14	0,32
Resisto ao desejo de agir	0,15	0,31	0,17	0,23
Reajo	0,02	0,88	-0,08	0,60
Procuo ajuda	0,00	0,99	0,14	0,33
Afasto-me dos outros	0,34	0,02*	0,31	0,03*
Aceito a ideia	-0,26	0,07	-0,16	0,26
Digo que não tem importância	-0,01	0,95	0,10	0,50
Centro-me em outras atividades	-0,17	0,24	-0,06	0,67
Reflito	-0,18	0,22	-0,03	0,84

\*\*Correlação significativa para 0,01; \*Correlação significativa para 0,05

Fonte: Elaboração Própria

No que se refere à Entrevista de Zarit, sobressaem as estratégias “mudo a forma de viver” ( $\rho=0,42$ ;  $p\text{-value}=0$ ), “evito outras pessoas” ( $\rho=0,34$ ;  $p\text{-value}=0,03$ ) e “afasto-me dos outros” ( $\rho=0,31$ ;  $p\text{-value}=0,03$ ), cuja utilização frequente está relacionada com níveis mais altos de sobrecarga.

## Conclusão

Neste estudo que elaborámos sobre sobrecarga e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes, em Lisboa, concluímos que há uma relação entre o aumento de sobrecarga dos cuidadores e a possibilidade de depressão (H1). No entanto, a situação de depressão é menos frequente do que esperaríamos, atendendo a que Portugal está ainda em terceiro lugar no âmbito dos cuidados complementares oferecidos pelos serviços públicos de saúde. Apesar de a maior parte das medidas de reconhecimento social dos cuidadores (tais como a redução do horário de trabalho dos cuidadores, a possibilidade de interromper temporariamente o trabalho para prestar cuidados, a oferta de remuneração e formação aos cuidadores, entre outras) não terem sido implementadas pelas estruturas políticas portuguesas, o nosso estudo comprova que muitos dos cuidadores estão em situação de ausência de depressão ou de depressão leve (um total de 80% dos inquiridos). O resultado de 39% de cuidadores que partilham a tarefa do cuidar poderia levar-nos a interpretar a pouca expressividade da depressão como o efeito positivo das estruturas de apoio existentes (Centros de Dia, SAD, Centros de Convívio), que desempenham um papel fundamental complementar na assistência ao idoso. A estratégia de *coping* mais utilizada referida pelos cuidadores inquiridos foi precisamente “redobro os esforços”, a qual podemos associar à partilha do cuidado. Na realidade, não obstante as dificuldades económicas atravessadas pelo nosso país nos últimos anos, tem havido algum investimento no setor social, em particular no apoio ao idoso, efeito das políticas europeias. Mas o facto de ser a família quem dá mais apoio ao cuidador (64% recorre à ajuda de familiares) mostra que no âmbito do apoio ao idoso em Portugal ainda há muito por fazer.

Parece-nos que a pouca frequência da depressão entre os cuidadores da nossa amostra pode ser o resultado do nível de escolaridade médio alto que estes apresentam. Com efeito, a nossa amostra não comprova, como vimos, o que a literatura preconiza sobre o baixo grau de escolaridade dos cuidadores. E as estratégias de *coping* “aceito a ideia” e “reflito” que estes reconhecem fazer, em maior número,

comprovam uma postura de reflexão e de entendimento, mais compatível com um nível de escolaridade mais elevado.

Em relação à sobrecarga os resultados já foram mais expressivos, visto que em situação de sobrecarga ligeira e intensa se encontrava cerca de metade da população dos inquiridos (46%). Mas, ainda assim, não conseguimos estabelecer relações significativas entre a sobrecarga e as características sociodemográficas dos cuidadores, nem entre aquela e o grau de dependência do idoso. Talvez uma amostra mais alargada, com um maior número de cuidadores, nos tivesse permitido chegar a resultados mais significativos neste âmbito.

Com este estudo esperamos ter contribuído, em pequena parte que seja, para uma melhor compreensão de um fenómeno atual e cada vez mais relevante com o envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida. Pensar nos cuidadores informais é pensar no fenómeno social em toda a sua abrangência: a nossa maior esperança de vida conduz-nos a uma idade em que os riscos de dependência aumentam, não obstante os progressos da medicina, pois o tempo é imparável. Cada um de nós tem tantas hipóteses de ser um cuidador informal de um idoso dependente quantas as de ser, um dia, um idoso dependente.

## Referências Bibliográficas

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Portugal. Disponível em:  
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Mestra do\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%c3%a3o\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestra%20do_Fernanda_%20Andrade-Vers%c3%a3o_final.pdf)
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I. Carvalho (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81-103). Lisboa: Factor.
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). (Manuscrito não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em :  
[https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509)
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Ardila, A. (2005). *Las afasías*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* – vol. 78(5), 359-366.
- Barbosa, G. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 3(2), 23-30.
- Barracough, J. & Gill, D. (1997). *Bases da psiquiatria moderna*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bondy, B. (2002). Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 4(1), 7-18.
- Brandão, A. G. J. (2013). *Políticas Sociais de Envelhecimento Ativo para o Concelho de Fronteira* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em:  
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6512/1/TeseMestrado\\_AnabelaBrandao.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6512/1/TeseMestrado_AnabelaBrandao.pdf)

- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caçote, F. (2013). Vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique Anais de Psicologia* 12, 49-61.
- Caldas, C. P. (2002). O idoso em processo de demência: o impacto na família. In Coimbra Júnior (Coord.), *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 51-71). Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx).
- Cordeiro, J. C. D. (2016). O homem e o envelhecimento. In J.C.D. Cordeiro (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. ( 5º Ed.) (pp. 951-991).. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, A.F. (2017). Os Cuidadores e o Processo de Cuidar: Mudanças. *Hospitalidade* 317, 45-52.
- Costa, N. F., & Maltez (2016). Depressão. In J. D. Cordeiro (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. (5º Ed). (pp. 819-854). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Coutinho, C. (2016). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de enfermagem Referência*. III ( 2), 127-136.
- Cunha, U. G. (1989). Sinais e sintomas inespecíficos. In R. M. Guimarães & U. G. V. Cunha (Coords.), *Sinais & Sintomas em Geriatria* (pp.19-27). Rio de Janeiro: Revinter.
- Dalmaz, C.; Quillfeldt, J. (2008). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.

- Ekwall, A., Sivberg, B., Hallberg, I. H. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18 (3), 239–248.
- ERS (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Disponível em: [www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1647/ERS - Estudo Cuidados Continuados - vers o final.pdf](http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf)
- Exel, J, Graaf, G., & Brouwer, W. (2007). Care for a break? An investigation of informal caregivers' attitudes toward respite care using Q-methodology. *Health Policy* 83, 332–342.
- Feio, M, Branco, P, & Reis, J. (2016). Achados e teorias sobre a demência e o envelhecimento. In J. D. Cordeiro (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (5ª Ed). (pp. 917-947. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar* (Dissertação de Mestrado não publicada).Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820\\_ulsd57600\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf)
- Fernandes, M.; Garcia, T. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Da Escola De Enfermagem da Usp.* 43. doi: 10.1590/S0080-62342009000400012
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, T.S.B. (2010). *Sobrecarga, Depressão e Generatividade em Mulheres Cuidadoras Informais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Portugal. Disponível em : <https://core.ac.uk/download/pdf/12422736.pdf>
- Gaffiot (s/d). *Dictionnaire Latin Français*. Paris: Hachette.
- Garret, C., Martins, T., & Ribeiro, J. L. P. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Geddes, J.; Sharpe, M. (2007). *Guia prático de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi.

- Gil, A. (2013). Voluntariado ou Trabalho de cuidados na esfera familiar? Controvérsias em torno do envelhecimento ativo. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 105-120). Lisboa: Pactor.
- Gleitman, H, Fridlung, A. J, & Reisberg, D. (2014). *Psicologia* (10ª edição). (D. R. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1999).
- Gomes, A., Cortesão, E, & Silva, E. (1986). *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na prática do Clínico geral*. Lisboa: Laboratórios U.C.B.
- Gonçalves, L. O. (2002). *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-Univali*. (Dissertação de pós-graduação não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Silva, J. A., Almeida, M.C, Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, Cl., Prince, M., & Xavier, M. (2016). A implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 34 (2), 134-143.
- González, L. A. M., Romero, Y. M. P., López, M. R., & Ramirez, M. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 44 (1), 1-9.
- Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Disponível em:  
[www.researchgate.net/profile/Clarice\\_Gorenstein/publication/284700806\\_Inventario\\_de\\_depressao\\_de\\_Beck\\_Propriedades\\_psicometricas\\_da-versao\\_em\\_portugues/links/5661b5ae08ae15e7462d05f3/Inventario-de-depressao-de-Beck-Propriedades-psicometricas-da-versao-em-portugues.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Clarice_Gorenstein/publication/284700806_Inventario_de_depressao_de_Beck_Propriedades_psicometricas_da-versao_em_portugues/links/5661b5ae08ae15e7462d05f3/Inventario-de-depressao-de-Beck-Propriedades-psicometricas-da-versao-em-portugues.pdf)
- Hogstel, M., Curry, C., & Walker, Ch. (2005). Caring for older adults: the benefits of informal family caregiving. *The Journal of Theory Constructing & Testing*, vol. 9, 2, 55-60.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2012). Saúde e incapacidades em Portugal 2011. Disponível em:

[:www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=149447974&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=149447974&att_display=n&att_download=y)

James, N. (1992). Care = Organization + Physical Labour + Emotional Labour. *Sociology of Health and Illness*, 14, 488-509.

Jenkins (2010). Depressão e ansiedade: uma perspetiva sobre estratégias de prevenção. In R. Jenkins, J. Newton & R. Young, (Coords.), *A prevenção da depressão e ansiedade* (pp. 11-32). Lisboa: Climepsi Editores.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 861-866.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Constança Paúl & António M. Fonseca (Coords.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Lage, I., & Araújo, O. (2014). A experiência de cuidar um idoso dependente em contexto familiar. In A. Costa, L. Reis, Fr. Souza, R. Luengo (Coords.), *Libro de Actas de" 3º Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa"*, 2, 238-244. Badajoz: Universidad de Extremadura.

Laham, C. F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Disponível em : [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/pt-br.php](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/pt-br.php)

Leite, B. S., Camacho, A.C.L.F., Queiroz, R.S., & Feliciano, Gl. D. (2017). A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: revisão integrativa. *Revista on Line de Pesquisa, Fundamental Care* 9(3), 888-892.

López, J., López-Arrista, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependente relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41, 81-94



- Lucas, F., & Ferreira, C. (2014). *Depressão muito para além da tristeza*. Lisboa: Climepsi Editores.
- LUSA notícias (2016). Portugal é o país da Europa com maior taxa de cuidadores informais.
- Disponível em:
- [www.sabado.pt/vida/detalhe/portugal-e-pais-da-europa-com-maior-taxa-de-cuidadores-informais](http://www.sabado.pt/vida/detalhe/portugal-e-pais-da-europa-com-maior-taxa-de-cuidadores-informais)
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In Constança Paúl & António M. Fonseca (Coors.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 179-202). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, T, Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Enfermagem.
- Martins, R.M. (s/d). *A depressão no idoso*. Disponível em : [www.ipv.pt/millennium/Millennium34/9.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium34/9.pdf)
- Mendes, J.A.M. (2010). *A vivência subjectiva dos cuidadores de pessoas com demência: temas centrais da vivência, sintomatologia emocional e estratégias de confronto* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal. Registo no repositório da UL. Disponível em : <http://hdl.handle.net/10451/2519>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2008). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2008*. Disponível em : [www.cartasocial.pt/pdf/csocal2008.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2008.pdf)
- Nooan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, (6), 785-794.
- Nunes, O.; Brites, R.; Pires, M.; Hipólito, J. (2014). *Escala Toulousiana de coping – reduzida*. Manual técnico de utilização. Centro de investigação em Psicologia. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Disponível em :
- <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3022/1/Relatorio%20tecnico%20ETC-R%202014.pdf>
- Ocampo, J. M., Herrera, J.A., Torres, P., Rodriguez, J. A., Lobo, L., & García, C. A. (2007). Sobrecarga associada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, vol. 38, nº1, 40-46.

OMS, Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (A. Leitão, tradutora e revisora). Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FCMoYgBEL4QJ:https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Ordem dos Psicólogos (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Disponível em :

[www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web\\_cod\\_deontologico\\_pt\\_revisao\\_2016.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf)

Paulino, M., & Godinho, J. (2016). Perturbações da ansiedade. In J. D. Cordeiro (coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. (5º Ed). (pp. 629-670).. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

Pereira, F. (2013). Fatores de Sustentabilidade e de Insustentabilidade nos Sistemas de Apoio aos Idosos no Interior Norte de Portugal. In *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*. Braga: Universidade do Minho.

Pereira, F. F. M. (2015). *Necessidades dos cuidadores de doentes com demência* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal . Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1870/1/Necessidades%20de%20Cuidadores%20de%20Doentes%20com%20Dem%C3%Aancia-1x.pdf>

Pereira, M., & Soares, A. (2011). Sobrecarga em cuidadores informais de dependentes de substâncias: adaptação do Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2011, 12 (2), 304-328.

Pereira, M.; Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, vol. 20, nº 2, 369-383.

- Pereira, M. J., & Filgueiras, M. S. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da APS*, 12(1), 72-82.
- Pino-Casado, R.; Palomino-Moral, P.; Pastor-Bravo, M. (2017). Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. *BMC Geriatrics*, 17, 274.
- Pinto, M.; Barbosa, D.; Ferreti, C.; Souza, L.; Fram, D. & Belasco, A. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 652-7.
- Pollitt, J. D. (1971). Etiological, Clinical and Therapeutic Aspects of Depression. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 64, 1174-1178.
- Pronost, A. (2001). Concepts, stress, coping. La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-131
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Rocha, B.M.P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem* 26(1), 50-6.
- Roth, D., Fredman, L, Haley, W. (2015). Informal Caregiving and its Impact on Health: a reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55 (2), 309–319
- Sadock, B & Sadock, V. (2007<sup>o</sup>). *Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Artmed.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Universidade Aberta, Portugal.
- Sequeira, C. (2007<sup>b</sup>). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II (12), 9-16.

- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (8ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Silva, M. W., Sousa-Muñoz, R. L., Frade, H. C., Fernandes, P- A., & Magalhães, A. O. (2017). Sundown syndrome and symptoms of anxiety and depression in hospitalized elderly. *Dement Neuropsychol.* 11(2), 154-161.
- Simonetti, J., & Ferreira, J. (2008). Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 12(1),19-25.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados atribuídos à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar* (Dissertação de Mestrado não publicada) Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Souza, L. R., Hanus, J. S., Dela Libera, L. B., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Simões. Pr. W., Ceretta, L., & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva* 23 (2), 140-9.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Psiquiatria Geriátrica. Guia prático de Medicina* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Tap, P.; Costa, E.; Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de *coping* (ETC): Estudo da adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (1), 47-56.
- Teive, H. (1998). Papel de Charcot na demência de Parkinson. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 56(1).
- WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37958/9241544228\\_eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- WHO (2002). Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: WHO, 2002. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)

WHO (2010). ICID-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (2010). Disponível em : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F30-F39>

Valente, S. (2009). *Prevenção da depressão: informação aos alunos da licenciatura de Enfermagem Da FCS/ESS-UFP do 4º ano*. Porto. Projeto de graduação (Manuscrito não publicado). Disponível em : <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1597?locale=en>

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de Aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica* 20, 4, 623-644.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. (1973<sup>b</sup>). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo Preliminar de Novos. Agrupamentos Sintomatológicos para Complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica* 20, 4, 713-736.

## **ANEXO 1 - Questionário de caracterização do cuidador e do idoso dependente**

### **Género do cuidador**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

### **Género do dependente idoso**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

**Idade do cuidador:**                      anos

**Idade do idoso dependente:**              anos

**Parentesco entre o cuidador e o dependente:**

**Doença do idoso dependente:**

**Há quantos anos é cuidador deste dependente:**

- ☐ menos de 1 ano
- ☐ de 1 a 5 anos
- ☐ de 5 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

### **Escolaridade do cuidador**

- ☐ Primeiro Ciclo
- ☐ Segundo Ciclo
- ☐ Terceiro Ciclo
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Licenciatura

**Quantas horas por dia exerce a função de cuidador?**

**Quantos dias por semana?**

**Costuma partilhar as tarefas de cuidador com mais alguém?**

- ☐ Sim.
- ☐ Não.

**Em caso de partilha indique com quem partilha o cuidado:**

**Situação profissional do cuidador:**

- ☐ Empregado por conta própria
- ☐ Desempregado
- ☐ Empregado por conta de outrem
- ☐ Reformado

**Como se tornou cuidador deste idoso dependente?**

**Que satisfação retira do trabalho de cuidar?**

## **ANEXO 2 - Questionário das necessidades do cuidador informal de um idoso dependente**

Segue-se uma lista de possíveis necessidades de cuidadores de idosos dependentes. Assinale todas as necessidades que sente, considerando o grau em que as percebe.

### **POSSÍVEIS NECESSIDADES**

**Nada      Pouco      Moderada      Muito      Muitíssimo**

Apoio financeiro

Condições habitacionais adaptadas às limitações do idoso

Equipamentos (cama articulada, cadeira de rodas)

Acesso a serviços de enfermagem ao domicílio

Acesso a apoio domiciliário para higiene do doente

Necessidade de folga e férias

Apoio familiar

Saber mais sobre a doença do idoso

Saber mais sobre como cuidar do idoso

Acesso a serviços médicos ao domicílio

Apoio psicológico

Liberdade para cuidar de si e fazer o que gosta

### ANEXO 3 - Entrevista de Zarit (sobrecarga do cuidador)

Segue-se uma lista de questões que refletem sentimentos e ideias que frequentes em pessoas que cuidam de um dependente. Assinale, para cada pergunta a resposta que melhor indica a frequência com que pensa e sente as questões colocadas (nunca, raramente, algumas vezes, bastantes vezes, quase sempre). Não existem perguntas certas ou erradas só interessa a forma como sente as situações.

- |  | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Bastantes vezes | Quase sempre |
|--|-------|-----------|---------------|-----------------|--------------|
| 1. Acha que o seu dependente pede mais ajuda do que realmente precisa?   |       |           |               |                 |              |
| 2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio, devido ao tempo que tem de dedicar ao cuidar?                      |       |           |               |                 |              |
| 3. Sente stresse por ter de se dividir entre o cuidar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?             |       |           |               |                 |              |
| 4. Sente vergonha com o comportamento do dependente?   |       |           |               |                 |              |
| 5. Sente irritação ou ira quando está com o dependente?  |       |           |               |                 |              |
| 6. Acha que o dependente afeta, de forma negativa, a sua relação com os outros membros da família ou com os seus amigos? |       |           |               |                 |              |
| 7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu dependente?   |       |           |               |                 |              |
| 8. Acha que a pessoa de quem cuida está demasiado dependente de si?  |       |           |               |                 |              |
| 9. Sente-se tenso quando está com o seu dependente?  |       |           |               |                 |              |
| 10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa da sua dedicação ao dependente?                                     |       |           |               |                 |              |
| 11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do dependente?  |       |           |               |                 |              |
| 12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar de um dependente?                                    |       |           |               |                 |              |
| 13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu dependente?                               |       |           |               |                 |              |



14. Acha que a pessoa de quem cuida o vê como a única pessoa com quem ele pode contar?
15. Sente dificuldades económicas ao cuidar do dependente, tendo em conta todas as suas outras despesas?
16. Pensa que não será capaz de continuar a cuidar do seu dependente por muito mais tempo?
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu dependente apareceu?
18. Desejava que fosse outra pessoa a cuidar do dependente?
19. Sente-se indecisão ao tomar decisões sobre o dependente?
20. Acha que devia ajudar mais o dependente?
21. Acha que podia cuidar melhor do dependente?

Absolu  
tament  
e nada

Um pouco

Moderad  
amente

Muito

Muitíss  
imo

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado por cuidar de um dependente?

## ANEXO 4 - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Cada grupo deste questionário descreve estados de espírito. Leia-os cuidadosamente e escolha, em cada grupo, a frase que melhor descreve a maneira como se sente. Marque uma cruz ou um círculo sobre a sua opção.

Por favor, certifique-se de que leu todas as frases de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

### A.

---

1. Não me sinto triste.
2. Sinto-me triste.
3. Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.
4. Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.

### B.

---

1. Não me sinto particularmente desencorajado em relação ao futuro.
2. Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
3. Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
4. Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.

### C.

---

1. Não me sinto um falhado.
2. Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas.
3. Quando olho para a minha vida passada tudo o que vejo são falhanços.
4. Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.

### D.

---

1. Sinto-me tão satisfeito com as coisas como anteriormente.
2. Não me sinto satisfeito com as coisas que anteriormente me satisfaziam.
3. Não consigo sentir realmente satisfeito com nada.
4. Sinto-me descontente e aborrecido com tudo.

### E.

---

1. Não me sinto culpado de nada em particular.
2. Sinto-me culpado uma grande parte das vezes.

3. Sinto-me bastante culpado a maior parte das vezes.
4. Sinto-me sempre culpado.

**F.**

---

1. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
2. Sinto que posso vir a ser castigado.
3. Espero vir a ser castigado.
4. Sinto que estou a ser castigado.

**G.**

---

1. Não me sinto desiludido comigo.
2. Estou desiludido comigo mesmo.
3. Estou desgostoso comigo mesmo.
4. Odeio-me.

**H.**

---

1. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
2. Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
3. Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas.
4. Acuso-me de todo o mal que acontece.

**I.**

---

1. Não penso suicidar-me.
2. Tenho ideia de pôr termo à vida, mas não consigo concretizá-las.
3. Gostaria de pôr termo à vida.
4. Gostaria de pôr termo à vida se tivesse oportunidade.

**J.**

---

1. Não choro mais do que é habitual.
2. Choro mais, agora, do que era costume.
3. Passo o tempo a chorar.
4. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo

**K.**

---

1. Não ando mais irritado do que é costume.
2. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que era costume.

3. Sinto-me constantemente irritado.
4. Não fico irritado com o que anteriormente me irritava.

**L.**

---

1. Não perdi o interesse pelas pessoas.
2. Interesse-me menos pelas pessoas do que era costume.
3. Perdi quase todo o meu interesse pelas outras pessoas.
4. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

**M.**

---

1. Sou capaz de tomar decisões tão bem como anteriormente.
2. Evito tomar tantas decisões como fazia anteriormente.
3. Agora tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que tinha anteriormente.
4. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

**N.**

---

1. Acho que o meu aspeto é o do costume.
2. Preocupo-me por poder parecer velho ou pouco atraente.
3. Sinto-me que há constantes mudanças no meu aspeto que me tornam pouco atraente.
4. Acho que tenho um aspeto horrível (desagradável).

**O.**

---

1. Sou capaz de trabalhar tão bem como habitualmente.
2. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a fazer qualquer coisa.
3. Tenho de fazer um grande esforço para fazer qualquer coisa.
4. Não consigo fazer nenhum trabalho.

**P.**

---

1. Consigo dormir tão bem como dantes.
2. Não durmo tão bem como dantes.
3. Acordo uma ou duas horas mais cedo do que era costume e custa-me voltar a adormecer.
4. Acordo muitas horas antes do que era costume e não consigo tornar a adormecer.

**Q.**

---

1. Não me sinto mais cansado do que é habitual.
2. Fico cansado com mais facilidade do anteriormente.

3. Fico cansado quando faço seja o que for.
4. Sinto-me demasiado cansado para fazer seja o que for.

**R.**

---

1. O meu apetite é o mesmo de sempre.
2. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
3. O meu apetite piorou muito ultimamente.
4. Não tenho apetite absolutamente nenhum.

**S.**

---

1. Não tenho perdido peso ultimamente.
2. Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
3. Perdi mais de 5 Kg de peso.
4. Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

- ☐ Sim
- ☐ Não

**T.**

---

1. Não me tenho preocupado com a minha saúde mais do que é habitual.
2. Estou preocupado com problemas de saúde, tais como dores, problemas de estômago ou prisão de ventre.
3. Estou tão preocupado com os problemas de saúde que me é difícil pensar noutra coisa.
4. Estou tão preocupado com os meus problemas de saúde que não consigo pensar em absolutamente mais nada.

**U.**

---

1. Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual.
2. Estou menos interessado pela vida sexual do que anteriormente.
3. Estou muito menos interessado pela vida sexual, agora
4. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

## **ANEXO 5 - Índice de Barthel (BI)**

### **Categoria 1 – Higiene pessoal**

1. O dependente é incapaz de realizar a higiene pessoal, sendo dependente em todos os aspetos.
2. O dependente necessita de assistência em todas as etapas da higiene pessoal.
3. É necessária alguma assistência numa ou mais etapas da higiene pessoal.
4. O dependente consegue conduzir a sua própria higiene, mas reque mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. O dependente consegue lavar as mãos e a face, lavar os dentes e barbear-se, pentear-se ou maquiar-se.

### **Categoria 2 – Banho**

1. Está totalmente dependente para se banhar.
2. Requer assistência em todas as etapas do banho.
3. Requer assistência para se transferir, se lavar e/ou se secar, com inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água e/ou na transferência.
5. O dependente é capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de algum equipamento específico. Não necessita que alguém esteja presente.

### **Categoria 3 – Alimentação**

1. Está dependente em todos os aspetos e necessita de ser alimentado.
2. Consegue manipular os utensílios para comer, nomeadamente a colher, porém, necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Come com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, barrar o pão com manteiga, virar o prato ou pôr a mesa.
4. É independente para se alimentar com um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O dependente pode alimentar-se, servindo-se de um prato ou bandeja, quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar a carne, servir-se de temperos, barrar o pão com manteiga, etc.

#### **Categoria 4 – Toilette**

1. Totalmente dependente no que diz respeito ao uso do vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para se transferir para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do vaso sanitário. Um bacio pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para o seu esvaziamento ou limpeza.
5. O dependente é capaz de usar o vaso sanitário, lavar-se e utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Se for mais fácil pode optar por um bacio, que consegue esvaziar e limpar.

#### **Categoria 5 – Subir escadas**

1. O dependente é incapaz de subir escadas.
2. O dependente requer assistência em todos os aspetos relacionados com o subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O dependente é capaz de subir e descer escadas, porém não consegue carregar nos dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, o dependente não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O dependente é capaz de subir e descer escadas, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência, mesmo quando utiliza os dispositivos.

#### **Categoria 6- Vestuário**

1. Depende em todas as etapas do vestir, sendo incapaz de participar.
2. O dependente é capaz de ter algum grau de participação, mas depende de ajuda em todas as etapas do vestir-se.
3. Necessita de assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita de assistência mínima para se abotoar, prender um colchete, fechar um fecho éclair, atar os atacadores.
5. O dependente é capaz de se vestir, se despir, atar atacadores e até colocar um colete ou uma prótese que sejam prescritos.

#### **Categoria 7 – Controle esfinteriano (bexiga)**

1. O dependente apresenta incontinência urinária.

2. O dependente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O dependente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento, ou limpar-se sem assistência, e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O dependente necessita de supervisão com a aplicação de um supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O dependente tem controle urinário, sem acidentes. Consegue aplicar um supositório quando necessário.

### **Categoria 8 - Controle Esfincteriano (intestino)**

1. O dependente não tem controle de esfínteres ou utiliza cateteres.
2. O dependente tem incontinência, mas é capaz de aplicar dispositivos externos ou internos.
3. O dependente fica geralmente seco durante o dia, porém à noite necessita de equipamentos para o esvaziamento.
4. O dependente geralmente fica seco durante o dia e à noite tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O dependente tem controle de esfínteres durante o dia e à noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

### **Categoria 9 – Cadeira de Rodas**

1. Está totalmente dependente para deambular.
2. O dependente necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. O dependente requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. É independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. Consegue colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar-se e colocar os equipamentos na posição para o uso. Pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

**Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira**

### **Categoria 10 – Transferências Cadeira / Cama**

1. O dependente é incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para o transferir com ou sem auxílio mecânico.



2. O dependente consegue participar, porém necessita da máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. O dependente requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. O dependente requer a presença de outra pessoa, que supervisiona como medida de segurança.
5. O dependente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travá-la, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar-se, sentar-se ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição e voltar novamente para a cadeira com segurança. Deve ser independente em todas as fases da transferência.

	<b>Incapaz de realizar a tarefa 1</b>	<b>Requer ajuda substancial 2</b>	<b>Requer ajuda moderada 3</b>	<b>Requer ajuda mínima 4</b>	<b>Totalmente independente 5</b>
Higiene Pessoal					
Banho					
Alimentação					
<i>Toilette</i>					
Subir escadas					
Vestuário					
Controle de Bexiga					
Controle intestino					
Deambulação					
Ou cadeira de rodas*					
Transferência cadeira/cama					

## ANEXO 6 - Escala de *Toulouse* de coping (versão reduzida)

Pedimos-lhe que escolha uma situação difícil (pode estar a vivê-la ou não) e que nos indique, nas afirmações propostas, como reage/reagiria a essa situação. Encontrará cinco números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta, sendo 1 nunca e 5 muito frequentemente.

Na primeira linha descreva a situação difícil que escolheu. No quadro marque com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reação que costuma ter face a essa situação. Tente responder a todas as frases, tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil escolhida: \_\_\_\_\_

Enfrento a situação	1	2	3	4	5
Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer					
Tento não pensar no problema					
Evito encontrar-me com pessoas					
Mudo a minha forma de viver					
Analiso a situação para melhor a compreender					
Sinto necessidade de partilhar o que sinto com os que me são próximos					
Procuró atividades coletivas					
Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar					
Não sinto nada quando chegam as dificuldades					
Resisto ao desejo de agir, até que a situação o permita					
Reajo como se o problema não existisse					
Procuró a ajuda dos meus amigos para aliviar a minha ansiedade					
Afasto-me dos outros					
Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema					
Digo a mim próprio que este problema não tem importância					
Centro-me noutras atividades para me distrair					
Reflico nas estratégias que poderei utilizar para resolver melhor o problema					

## ANEXO 7 - Carta de Consentimento Informado

Os questionários aos quais pedimos que respondam inserem-se numa Dissertação de Mestrado, intitulada *Sobrecarga e Depressão nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*, que será apresentada na Universidade Autónoma de Lisboa. A nossa finalidade é caracterizar a qualidade de vida e o estado de saúde destes cuidadores. Queremos analisar a sobrecarga, física e emocional, e a eventual presença de sintomas depressivos nos cuidadores como resultado da prestação de cuidados. Neste sentido, recolheremos informações que nos permitam caracterizar os cuidadores e os seus dependentes, na sua vivência diária da tarefa do cuidar, estudando as dificuldades, as fragilidades, as necessidades e a satisfação sentidas, bem como as estratégias para lidar com as dificuldades. Para isso preparámos vários questionários, que levarão apenas alguns minutos a serem preenchidos.

De acordo com o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos, 2011), a participação no estudo é voluntária, havendo completa liberdade para desistir a qualquer momento. Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial, com respeito pelo anonimato e privacidade de cada inquirido. Todos os participantes serão tratados de forma igual e não se porão em causa as opiniões expressas. O estudo efetuado não terá quaisquer consequências práticas nas situações de dependência analisadas.

Os resultados descritos e analisados poderão ser consultados através do site da Universidade Autónoma de Lisboa ([http://repositorio.ual.pt/?locale=pt\\_PT](http://repositorio.ual.pt/?locale=pt_PT)), onde a Dissertação, depois de defendida, ficará em acesso livre.

A investigadora está disponível para esclarecer quaisquer dúvidas, disponibilizando o seu contacto de email ([verisantana88@hotmail.com](mailto:verisantana88@hotmail.com)).

Data

Muito agradeço a disponibilidade para colaborar

---

(a mestranda)

---

Declaro que compreendi os objetivos do estudo, não tendo quaisquer dúvidas sobre o que se pretende.  
Depois de ter sido informado de que os dados recolhidos serão confidenciais e que a participação no estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento, declaro que aceito participar neste estudo

Data

Assinatura do cuidador

---