

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**A FAMÍLIA NO CUIDADO AOS SEUS IDOSOS:
GESTÃO DA SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS
PARA ENFRENTAR DIFICULDADES**

**LA FAMILIA EN EL CUIDADO A LOS ANCIANOS:
GESTIÓN DE LA SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS
PARA ENFRENTAR DIFICULTADES**

**THE FAMILY IN CARE FOR THE ELDERLY:
MANAGING THE OVERLOAD
AND COPING WITH DIFFICULTIES**

Lisete dos Santos Mendes Mónico - Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Joana Rita André Custódio - Mestre em Psicologia; Leiria, Portugal

António Antunes Frazão - Professor Auxiliar do ISLA - Instituto Superior de Leiria, Portugal

Pedro Parreira - Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Sara Correia - PhD, Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

César Fonseca - Professor Adjunto Universidade de Évora, Portugal

RESUMO

Introdução: A família é considerada o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência. A prestação de cuidados resulta frequentemente em sobrecarga, originando problemas de ordem diversa.

Objetivo: Pretende-se avaliar a autoperceção da sobrecarga do familiar cuidador e as estratégias utilizadas na prestação de cuidados informais aos idosos dependentes em função do grau de dependência destes.

Método: A amostra é constituída por 21 filhos, 16 cônjuges, e nove outros familiares de idosos dependentes que responderam à Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007), à versão portuguesa do Caregivers' Assessment Management Index (CAMI; Nolan, Keady, & Grant, 1995) e ao Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).

Resultados: O Índice de Barthel indicou 34.8% dos idosos como severamente dependentes e 37.0% como totalmente dependentes. Os cuidados mais prestados respeitaram à medicação, higiene, alimentação e acompanhamento. Cerca de 56.5% dos cuidadores apresentaram uma sobrecarga intensa, tanto aos níveis objetivo (F1-Impacto da prestação de cuidados e F2-Relação interpessoal) quanto subjetivo (F3-Expectativas face ao cuidar e F4-Perceção da autoeficácia). O principal motivo de se manterem cuidadores respeitou à obrigação familiar/pessoal (95.7%). Os cuidadores autoavaliaram de forma razoável a eficácia das suas estratégias em lidar com os seus idosos dependentes (CAMI; $M = 101.0$, $DP = 15.0$). Verificou-se uma relação negativa entre a perceção de sobrecarga do cuidador e a idade e o estado de saúde do idoso, bem como entre o número de estratégias utilizadas pelo cuidador para superar dificuldades e a autoperceção da sobrecarga.

Conclusões: A multiplicidade de tarefas a serem diariamente executadas em apoio a um familiar em situação de dependência severa traduz-se em níveis de sobrecarga intensa, impactando negativamente na prestação de cuidados, na relação interpessoal, nas expectativas face ao cuidar e na perceção da autoeficácia dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Familiar cuidador; cuidador informal; idoso Dependente; sobrecarga; estratégias de coping.

ABSTRACT

Introduction: Family is considered the main support of the elderly in a situation of dependency. Caregiving often results in overloading, leading to diverse problems.

Aim: To evaluate the self-perception of the family caregiver's overload and the strategies used to provide informal care to the dependent elderly considering their level of dependence.

Method: The sample consisted of 21 children, 16 spouses, and nine other relatives of elderly dependents who responded to the Caregiver's Overload Scale (Sequeira, 2007), the Portuguese version of Caregivers' Assessment Management Index (CAMI, Nolan, Keady, & Grant, 1995) and the Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965).

Results: The Barthel Index showed 34.8% of the elderly as severely dependent and 37.0% as totally dependent. The care most provided respected to medication, hygiene, food, and monitoring. Above 56.5% of the caregivers had an intense overload, both at the objective (impact of care and interpersonal relationship) and subjective (F3-Expectations regarding care and F4-Perceived self-efficacy) levels. The main reason for maintaining caregivers was family/personal obligation (95.7%). Caregivers reasonably assessed the effectiveness of their strategies in dealing with their dependent elderly (CAMI; $M = 101.0$, $SD = 15.0$). There was a negative relationship between the perception of the caregiver's overload and the age and health status of the elderly, as well as between the number of strategies used by the caregiver to overcome difficulties and the self-perception of the overload.

Conclusion: The multiplicity of daily tasks performed in support of a family member in a situation of severe dependence translates into situations of intense overload, negatively impacting on care, interpersonal relationship, expectations regarding caring, and perception of self-efficacy of care.

Keywords: Family caregiver; informal caregiver; dependent elderly; overload; coping strategies.

RESUMEN

Introducción: La familia es considerada el principal pilar de apoyo para las personas mayores en situación de dependencia. La atención a menudo resulta en una sobrecarga, causando problemas de varios tipos.

Objetivo: Evaluar la autopercepción de la carga del cuidador familiar y las estrategias utilizadas en la prestación de cuidados informales a personas mayores de acuerdo con el grado de dependencia de estos.

Método: La muestra se compone de 21 niños, 16 cónyuges y nueve otros familiares de personas mayores dependientes que respondieron a la Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007; $\alpha = 0,883$), la versión en portugués del Caregivers' Assessment Management Index (CAMI; Nolan, Keady, y Grant, 1995) y el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965).

Resultados: El índice de Barthel señaló 34.8% de las personas mayores como gravemente dependientes y 37.0% como totalmente dependientes. Los cuidados más frecuentes fueron la medicación, la higiene, la nutrición y el seguimiento. Alrededor de 56.5% de los cuidadores tenían una carga intensa de ambos niveles, objetivo (F1-Impacto de la prestación de cuidados y F2-Relación interpersonal) y subjetivo (F3-Expectativas sobre el cuidado y F4-Percepción de autoeficacia). La principal razón de ser cuidadores respecta a la obligación familiar/personal (95.7%). Los cuidadores evaluaron razonablemente la eficacia de sus estrategias para hacer frente a sus mayores dependientes (CAMI, $M = 101.0$, $DT = 15.0$). Hemos encontrado una relación negativa entre la carga del cuidador percibida y la edad y estado de salud de las personas mayores, bien como entre el número de las estrategias utilizadas por los cuidadores para superar las dificultades y la percepción de la sobrecarga.

Conclusión: La multiplicidad de tareas que deben llevarse a cabo a diario en apoyo a un anciano en situación grave de dependencia se traduce en niveles de sobrecarga intensos, impactando negativamente en la prestación de cuidados, en la relación interpersonal, en las expectativas con respecto al cuidado y en la percepción de autoeficacia del cuidado.

Palabras-clave: La familia del cuidador; cuidador informal; personas mayores dependientes; sobrecarga; estrategias de afrontamiento.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados da família aos seus idosos dependentes é uma realidade que perdura no tempo. A sociedade tem assistido a um conjunto de alterações demográficas que têm modificado o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados⁽¹⁾. As redes de suporte informal (familiar e de vizinhança) asseguram, na maior parte das vezes, a continuidade de cuidados ao idoso dependente, contrapondo-se à insuficiência dos sistemas de proteção social e de saúde⁽²⁾. Desta forma a família, pertencente à rede informal de cuidadores, é considerada o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência^(3,4). O cuidador informal de idosos, na maioria das vezes, não é fruto de uma decisão livre e consciente, mas sim da circunstância de uma relação familiar e/ou de proximidade⁽²⁾.

Com o aumento da longevidade da população, os esforços no entendimento do processo de envelhecimento têm um objetivo comum: possibilitar uma boa qualidade de vida e aumentar o bem-estar subjetivo dos idosos^(5,6). A dependência é considerada frequentemente uma consequência inevitável do envelhecimento. Trata-se de um fenômeno complexo, com diversas dimensões e causas que podem atravessar todas as faixas etárias. À dependência aplicam-se os conceitos de multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade⁽⁷⁾. A ideia de multidimensionalidade indica que se trata de um conceito que se pode alargar a vários domínios (físico, psicológico, social, entre outros), não devendo ser reduzido a uma única configuração. A multicausalidade refere vários fatores – biológicos, sociológicos, culturais e económicos – que influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência. A noção de multifuncionalidade significa que a dependência pode apresentar várias funções, podendo assumir, por exemplo, um papel adaptativo.

O estado de saúde ou de doença apresenta claras repercussões ao nível otimismo e satisfação com a vida do idoso, sendo que idosos saudáveis ancoram o seu otimismo em crenças de internalidade, ao passo que os idosos doentes alicerçam o seu otimismo em fatores de externalidade^(8,9,10). Uma pessoa dependente é aquela que, durante um período prolongado de tempo, requer ajuda de terceiros para realizar atividades da vida diária, quer sejam as básicas dirigidas ao cuidado pessoal, quer as mais complexas onde se poderão incluir o tomar medicamentos, utilizar o telefone ou preparar refeições⁽¹¹⁾. Tal situação de dependência exige a ajuda de um cuidador para exercer vigilância, para dar supervisão e apoio, para prestar os cuidados necessários, conforme se trate de dependência moderada ou severa. É aqui que entra o cuidado formal (prestado por uma instituição de saúde/apoio social^(12,13,14); ou o cuidado informal, normalmente assumido por familiares, amigos, vizinhos ou outros, na ausência de retribuição económica^(2,11,12).

Na maioria das vezes a prestação e cuidados é feita pela família, muito raramente surgindo o cuidador de um processo de livre e consciente escolha. Ou acontece porque alguém com quem se vive foi progressivamente perdendo autonomia, e o apoio e cuidados necessários vão sendo assumidos de uma forma natural e economicamente desinteressada; ou alguém fisicamente próximo foi vitimado por um acidente incapacitante, ou ficou viúvo/a, ou ainda porque o anterior prestador de cuidados deixou de o ser^(15,16).

Exercida a tempo inteiro ou parcial, o cuidador do idoso dependente exerce uma tarefa que tende a produzir “sobrecarga” ou “exaustão” de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira^(2,11,12,17). É frequente que esta sobrecarga seja analisada nas suas dimensões objetiva e subjectiva^(18,19) relacionando-se a primeira com atividades e acontecimentos concretos, enquanto a segunda se refere aos sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador⁽²⁰⁾.

Uma diversidade de recursos pessoais internos e externos concorrem para a adoção de estratégias de *coping* diferenciadas⁽²¹⁾. Nos primeiros destacam-se as habilidades pessoais, o conhecimento que se possui da pessoa dependente, a experiência de vida, as crenças e valores e a capacidade de resolução de problemas, mas também o sentido de coerência, a autoestima, o otimismo, a autoeficácia⁽²²⁾. Parece claro que a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas será fundamental para o despertar de sentimentos e emoções positivas^(23,24). Se tal não acontece prevalecem as emoções negativas e as condições para que a sobrecarga e a exaustão se instalem⁽²⁵⁾.

Face ao exposto, importa analisar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares cuidadores do idoso dependente e conhecer as estratégias utilizadas e a perceção da eficácia das mesmas nos cuidados prestados.

MÉTODO

Amostra

A amostra de familiares cuidadores é constituída por 21 filhos (45.7%), 16 cônjuges (34.8%), 4 (8.7%) noras, 1 neta (2.2%), 1 (2.2%) cunhada, 1 (2.2%) sobrinha e 1 (2.2%) enteada, apenas 6 (13.0%) são do sexo masculino. A maioria ($n = 35$, 76,0%) situa-se entre os 40-70 anos, sendo a média de idades de 58.41 anos ($DP = 12.49$; 34 a 83 anos). A maioria dos cuidadores ($n = 41$; 89,1%) é casada ou vive em união de facto. Quanto às habilitações literárias, 25 (54,3%) frequentaram o 1º CEB, 4 (8,7%) não frequentaram o Ensino Básico e 2 (4,3%) possuem um curso superior. No que diz respeito à situação profissional, 15 (32,6%) são reformados, 14 (30,4%) trabalham a tempo inteiro e 12 (26,1%) são domésticas.

Medidas

Para além do questionário sociodemográfico e de um conjunto de questões referentes aos cuidados prestados e ao estado de saúde, administrámos a *Escala de Sobrecarga do Cuidador* (ESC)⁽²⁶⁾; que mostrou um coeficiente de consistência interna de $\alpha = .883$. Esta escala permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informação sobre quatro fatores: *F1-Impacto de prestação de cuidados*, que agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental; *F2-Relação Interpessoal*, que agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de

cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais; *F3-Expectativas face ao cuidar*, relacionando-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades; e *F4-Perceção de autoeficácia*, que se relaciona com a opinião do cuidador face ao seu desempenho. Cada item é pontuado numa escala de Likert de 5 sendo que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 Sobrecarga ligeira e Superior a 56 Sobrecarga intensa.

O Índice de Barthel⁽²⁷⁾ foi aplicado para o diagnóstico do grau de comprometimento do idoso nas atividades básicas de vida diária. O índice é composto por 10 atividades básicas de vida diária, apresentadas entre DOIs a quatro níveis de dependência (o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação). Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, fluindo a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90-100 pontos - Independente; 60-89 - Pontos Ligeiramente dependentes; 40-55 pontos - Moderadamente dependentes; 20-35 pontos - Severamente dependentes; e <20 pontos - Totalmente dependente.

Aplicámos também a versão portuguesa do Caregivers' Assessment Management Index (CAMI)^(21,23,28) para conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades percebidas, que mecanismo de *coping* mobiliza, e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações. Os prestadores de cuidados devem indicar numa escala de Likert de 1 a 4 pontos se utilizam ou não aquela forma de lidar com as situações e, em caso afirmativo, deverão também referir a perceção do grau de eficácia e efetividade do procedimento. As várias formas de resolução de problemas/estratégias de *coping* podem ser agrupadas em três categorias: Lidar com os acontecimentos/resolução de problemas, Perceções alternativas sobre a situação e Lidar com sintomas de stress.

Procedimentos

Após o esclarecimento dos objetivos do estudo, os participantes foram informados da confidencialidade dos dados, sendo assegurado o anonimato das respostas. Após codificação e informatização das respostas executou-se o tratamento estatístico através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Considerando o *contexto da prestação de cuidados* (cf. Tabela 1), 25 (54.3%) cuidadores vive na mesma habitação que o idoso. No que concerne ao tempo por dia que presta cuidados, cerca de metade 23 (50.0%) dos cuidadores cuida entre 18 a 24. Quando se pergunta há quanto tempo cuida do idoso, verifica-se que os cuidadores indicaram valores compreendidos entre 0.17 anos (2 meses) e 30 anos, sendo a média de 5.54 anos ($DP = 6.50$).

Tabela 1 - Contexto da prestação de cuidados: efetivos absolutos e relativos

Variáveis	Níveis	n	%
Vive na mesma habitação que o idoso	Não	21	45.7
	Sim	25	54.3
Total			
Tempo por dia presta cuidados	3 a 6 Horas	13	28.3
	6 a 12 Horas	5	10.9
	12 a 18 Horas	5	10.9
	18 a 24 Horas	23	50.0
Total		46	100.0
Há quanto tempo cuida do idoso (anos)	<1	7	15.2
	[1-5]	24	52.2
	[6-10]	7	15.2
	[11-15]	6	13.0
	[16-20]	-	-
	>20	2	4.3
Total		46	100.0
Já tinha cuidado de algum idoso	Não	22	47.8
	Sim	24	52.2
Total		46	100.0
Se sim, durante quanto tempo	< 6 meses	2	4.3
	1 a 2 anos	3	6.5
	2 a 3 anos	3	6.5
	Mais de 3 anos	16	34.8
Total		24	52.2

Os tipos de cuidados mais referidos pelos cuidadores são: medicação (95.7%), higiene, alimentação, fazer companhia e acompanhamento a consulta/exames (91.3%, respetivamente), pagamento de contas (80.4%), cuidados de imagem e atividades domésticas (60.9%). Vinte e quatro (52.2%) dos cuidadores recebem ajuda de apoio formal. Destes, 21 (45.7%) têm apoio na higiene pessoal, 12 (26.1%) têm apoio na lavagem da roupa e 21 (45.7%) têm apoio no fornecimento de refeições.

Relativamente à perceção do estado de saúde do cuidador, 18 (39.1%) percecionam o seu estado de saúde como bom, 17 (37.0%) como fraco e 9 (19.6%) como muito fraco. Apenas 2 (4.3%) percecionam o seu estado de saúde como muito bom. A média é de 2.28 (DP = 0.83), situando-se entre o estado fraco e o bom. Vinte e cinco (54.3%) referem situação de doença.

Quando questionados acerca do motivo de serem e manterem-se cuidadores do idoso, 44 (95.7%) referem sentimento de obrigação pessoal/familiar, 15 (32.6%) querem evitar a institucionalização do idoso e 2 (4.3) referem a inexistência de respostas institucionais.

Relativamente aos aspetos positivos que o cuidador tem ao cuidar do idoso (cf. Tabela 2), a maioria refere o afeto positivo ao cuidar, ao passo que a sobrecarga física/psicológica é indicada como o principal aspeto negativo. A maioria referiu uma sobrecarga intensa.

Tabela 2 - Aspetos positivos e negativos no cuidar e níveis de sobrecarga do cuidador

Variáveis	Níveis	n	%
Aspetos Positivos	Afeto positivo ao cuidar	33	71.7
	Ajudar o idoso nas atividades diárias	2	4.3
	Sentir obrigação de cuidar	9	19.6
	Não responderam	2	4.3
Total		46	100.0
Aspetos Negativos	Sobrecarga física/psicológica	27	58.7
	Mudança na vida pessoal/familiar	13	28.3
	Não Responderam	6	13.0
Total		46	100.0
Níveis de Sobrecarga Total	Sem sobrecarga	7	15.2
	Sobrecarga Ligeira	13	28.3
	Sobrecarga Intensa	26	56.5
Total		46	100.0

Ao nível da Escala de sobrecarga do cuidador (cf. Tabela 3), a média mais elevada refere-se ao impacto da prestação de cuidados, seguindo-se as Expectativas face ao cuidar, a relação interpessoal e, por último, a perceção da autoeficácia.

Tabela 3 - Descritivas da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)	Mínimo	Máximo	M	DP
Total da Sobrecarga do Cuidador	1.51	3.98	2.68	0.55
Sobrecarga Objetiva	1.14	4.22	2.52	0.74
Impacto da prestação de cuidados	0.64	4.64	2.92	0.93
Relação Interpessoal	1.00	3.80	2.13	0.72
Sobrecarga Subjetiva	1.38	4.25	2.85	0.59
Expectativas face ao cuidar	1.75	5.00	3.87	0.75
Perceção da autoeficácia	1.00	5.00	1.82	0.98

Ao nível da avaliação do total das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (escala CAMI), conforme pode verificar-se na Tabela 4, a maior parte dos cuidadores tem a perceção de alguma eficácia das estratégias utilizadas.

Tabela 4 - Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades

Escala CAMI	Níveis	n	%
Perceção de eficácia das formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades	Não utiliza estratégias de <i>coping</i>	0	0.0
	Perceção de alguma eficácia	38	82.6
	Perceção de elevada eficácia	8	17.4
Total		46	100.0

Apresentamos na Tabela 5 as principais estratégias que o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso. Atendendo a um erro de tipo I de .10, encontramos quatro relações significativas: a) a pontuação global da escala CAMI associa-se negativamente com a subescala *Relação Interpessoal (Sobrecarga Objetiva)*, indicando que

quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso ($r = -.28$, $p = .06$); b) as estratégias referentes ao *Lidar com acontecimentos/Resolução de problemas* associam-se de forma positiva com as *Expectativas face ao cuidar*, indicando que quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso ($r = .25$, $p = .09$); c) as estratégias ligadas às *Perceções alternativas sobre a situação* associam-se de forma negativa com o nível de *Sobrecarga Objetiva* ($r = -.31$, $p = .04$), designadamente com a *Relação interpessoal* ($r = -.37$, $p = .02$).

Será que o estado de saúde do cuidador (1 = muito fraco a 4 = muito bom) apresenta alguma relação com a autopercepção de sobrecarga do mesmo? O cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson mostra-nos três relações estatisticamente significativas entre o estado de saúde do cuidador e: 1) a globalidade da *Escala de Sobrecarga do Cuidador* ($r = -.24$, $p = .10$), 2) a *Sobrecarga Objetiva do cuidador* ($r = -.27$, $p = .06$) e, sobretudo 3) o *Impacto no cuidador da prestação de cuidados* ($r = -.32$, $p = .03$). Verificamos, assim, que o estado de saúde do cuidador possui uma influência considerável na percepção que este tem da sobrecarga ao cuidar do idoso, sendo que quanto melhor for o estado de saúde menor é a sobrecarga autopercebida do cuidador. Esta relação é particularmente evidente em relação à sobrecarga objetiva, designadamente no referente ao impacto da prestação de cuidados, menor quando o cuidador apresenta um estado de saúde mais favorável.

Tabela 5 - Índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades (CAMI)

Escala CAMI	Mínimo	Máximo	M	DP
Pontuação Global (soma)	76	130	100.98	15.01
Lidar com os acontecimentos/resolução dos problemas	31	52	40.78	5.95
Perceções alternativas sobre a situação	30	55	41.91	6.66
Lidar com sintomas de stress	11	40	18.70	5.88

O Índice de Barthel indicou 34.8% dos idosos como severamente dependentes e 37.0% como totalmente dependentes. Pretendemos, agora, averiguar em que medida o nível de dependência do idoso se relaciona com a perceção sobrecarga do cuidador. Na Tabela 6 apresentamos a distribuição dos efetivos em cada nível da escala de sobrecarga do cuidador pelos diversos graus de dependência do idoso nas atividades básicas da vida diária, de acordo com o Índice de Barthel (grau de dependência do idoso).

Quadro 6 - Distribuição dos efetivos em cada nível da escala de sobrecarga do cuidador pelos diversos graus de dependência do idoso de acordo com o Índice de Barthel

Níveis da Escala de Sobrecarga	Índice de Barthel										Total	
	Independente 90-100 pontos		Ligeiramente Dependente 60-89 pontos		Moderadamente Dependente 40-55 pontos		Severamente Dependente 20-35 pontos		Totalmente Dependente < 20 pontos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Sobrecarga	1	2.2	0	0.0	2	4.3	1	2.2	9	6.5	7	15.2
Sobrecarga Ligeira	0	0.0	2	4.3	2	4.3	4	8.7	5	10.9	13	28.3
Sobrecarga Intensa	1	2.2	4	8.7	1	2.2	44	23.9	9	19.6	26	56.5
Total	2	4.3	6	13.0	5	10.9	16	34.8	17	37.0	46	100.0

O teste do Qui-quadrado aponta para um independência das variáveis, mostrando que o grau de dependência do idoso não afeta significativamente a perceção de sobrecarga do cuidador $\chi^2(8) = 8.13, p = .42$. Invertendo a escala de medida para o índice de Barthel (ou seja, considerando que um máximo da escala corresponde a um grau extremo de dependência do idoso), procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson entre a perceção de sobrecarga do cuidador e as pontuações de dependência do idoso nas atividades básicas da vida diária. Embora todos os coeficientes sejam positivos, a relação apenas se mostrou estatisticamente significativa apenas para as Expectativas face ao cuidar ($r = .32, p = .03$) da subescala *Sobrecarga Subjetiva*. Concluimos que a dependência do idoso se faz sentir apenas na sobrecarga subjetiva, designadamente ao nível das *Expectativas face ao cuidar*, mais elevadas quando os idosos são mais dependentes.

Na Tabela 7 apresentamos os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson entre a Escala de Sobrecarga do cuidador e a Escala CAMI global e três fatores constituintes. Atendendo ao nível de significação de $p < .10$, encontramos quatro relações significativas entre as estratégias utilizadas pelo cuidador para superar as suas dificuldades e a autopercepção de sobrecarga: 1) a pontuação global da escala CAMI associa-se negativamente com a subescala Relação Interpessoal (Sobrecarga Objetiva), indicando que quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso; 2) as estratégias referentes ao Lidar com acontecimentos/Resolução de problemas associam-se de forma positiva com as Expectativas face ao cuidar, indicando que quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso; 3) as estratégias Percepções alternativas sobre a situação associam-se de forma negativa com o nível de Sobrecarga objetiva, designadamente com a Relação interpessoal. Percepções alternativas mais elevadas sobre a situação conduzem assim a uma menor sobrecarga objetiva do cuidador no que se prende com a relação interpessoal estabelecida com o idoso.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre as Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades e a Escala de Sobrecarga do cuidador

	CAMI total		Lidar com acontecimentos/ Resolução de problemas		Percepções alternativas sobre a situação		Lidar com sintomas de stress	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Sobrecarga do Cuidador (escala global)	-.10	.53	.07	.66	-.21	.16	-.09	.58
Sobrecarga Objetiva	-.19	.20	-.04	.82	-.31	.04	-.07	.64
Impacto da prestação de cuidados	-.09	.54	.02	.88	-.21	.16	-.01	.97
Relação Interpessoal	-.28	.06	-.10	.51	-.37	.02	-.14	.37
Sobrecarga Subjetiva	.07	.66	.17	.27	-.01	.97	-.07	.64
Expectativas face ao cuidar	.14	.36	.25	.09	.04	.82	.02	.87
Percepção da autoeficácia	-.03	.86	.01	.96	-.03	.83	-.10	.50

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No presente trabalho analisou-se a autopercepção da sobrecarga do familiar cuidador e as estratégias utilizadas na prestação de cuidados informais aos idosos dependentes em função do grau de dependência destes. As tarefas a serem executadas diariamente em apoio ao familiar conduziram a estados de sobrecarga intensa num elevado número de cuidadores. Esta sobrecarga (física/psicológica) é percebida pelo familiar cuidador como o aspecto mais negativo da sua função, impactando na prestação de cuidados, na relação interpessoal, nas expectativas face ao cuidar e na percepção da autoeficácia^(2,11,12). Os familiares cuidadores informais revelaram a existência de dificuldades quanto ao modo de enfrentar os obstáculos inerentes à prestação de cuidados (percebendo-se apenas com alguma eficácia 83%) e reconheceram que o enfrentar das dificuldades da função passou maioritariamente pela capacidade de ter percepções alternativas, por ser capaz de lidar com os acontecimentos e de resolver problemas.

Apesar de existirem cuidadores que apresentam níveis de sobrecarga muito elevados, verifica-se, também, que existem sentimentos em relação ao cuidar que são emocionalmente gratificantes, traduzindo-se numa perspetiva pessoal enriquecedora. Refira-se o crescimento pessoal, o aumento do sentimento de realização e da habilidade para enfrentar desafios, a melhoria do relacionamento interpessoal⁽²⁹⁾, o aumento do significado da vida e a satisfação consigo próprio⁽³⁰⁾.

O perfil sociodemográfico dos cuidadores informais indicou o sexo feminino como o mais predominante (87%), indo ao encontro da literatura que salienta o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar^(7,29,31).

O facto de os familiares cuidadores serem, na sua grande maioria, “voluntários” pela força das circunstâncias, os cuidadores informais assumem maioritariamente que as suas motivações decorrem de sentimentos de obrigação familiar/pessoal^(15,26), o que (apesar de estar presente o afeto positivo) não ajudará na utilização das estratégias de *coping* adequadas. De facto, a escolha do cuidador associa-se quase sempre a fatores como a relação familiar, a coresidência, o género do cuidador e da pessoa cuidada e as condicionantes respeitantes aos descendentes^(2,11), enquanto o tipo de cuidados necessários e o estado de doença vão determinar a frequência e a intensidade dos cuidados a prestar, influenciando o trabalho do cuidador⁽²⁶⁾.

Apesar de os cuidadores se autoavaliarem de forma razoável quanto à eficácia das estratégias que usam (verificando-se uma relação negativa entre o número de estratégias utilizadas para superar as dificuldades inerentes à prestação de cuidados e a sobrecarga sentida

na relação interpessoal com o idoso) e da relação entre as estratégias e as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados se mostrar positiva, afigura-se importante procurar realçar e desenvolver percepções alternativas sobre a situação; clarificar as expectativas face ao cuidar; promover o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, para que aumentem e se diversifiquem mais as estratégias que conduzem à superação das dificuldades inerentes à prestação de cuidados^(2,11,12). Dado que a família e os outros cuidadores pertencentes à rede informal são considerados como um pilar essencial de apoio ao idoso em situação de dependência, revela-se necessário estudar esta realidade. A promoção do desenvolvimento de competências de resolução de problemas torna-se fundamental, para que aumentem e se diversifiquem mais as estratégias que conduzem à superação das dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Assim se ajudará a diminuir a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais de idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa L. O Recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidado(res)s formais. In Sousa L *et al.*, *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto (PT): Ambar; 2004: 95-141.
2. Custódio J, Mónico LS, Frazão A, Lucas H. Cuidadores informais de idosos: Dos níveis de sobrecarga às formas de enfrentar dificuldades. In Neri de Souza D, Rua M, Teixeira H, Eds. *Cuidadores de Pessoas Idosas: Caminhos de mudança*. Aveiro (PT), CIDTFF; 2013: 125-129.
3. Figueiredo D. *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa (PT): Cadernos Climepsi de Saúde; 2007.
4. Figueiredo D, Sousa L. CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. *Geriatrics*. 2002; 15 (144): 15-19.
5. Mónico LS. Religiosity and optimism among Portuguese citizens: The effect of religious identity and the mediation by life satisfaction. *Journal of Psychology and Social Behavior Research*. 2013; 1(4): 105-115. DOI: 10.12966/psbr.10.03.2013
6. Mónico LS, Frazão AA, Clemente DF, Lucas HM. Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support service. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012; 1(2): 33-42.

7. Barbosa ALB. Cuidado informal no fim de vida: Stress e *coping* em cuidadores primários e secundários [Tese de Mestrado]. Aveiro (PT): Universidade de Aveiro; 2009. [citado em 28 outubro 2017]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3290>.
8. Mónico LS. Religiosity and optimism in ill and healthy elderly. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012; 1(2): 59-70.
9. Mónico LS. Satisfação com a vida, atribuição de (in)sucessos e expectativas futuras: Comparação entre idosos e jovens. In Santos E, Ferreira JA, Pocinho R, Gaspar JP, Ramalho A, Eds. *Transição para a reforma/aposentação: Contributos para a adaptação* Viseu (PT): Psicossoma; 2012: 109-118.
10. Mónico LS. Subjective well-being, attributions and future expectations in the elderly and in the youth. *Journal of Psychology and Social Behavior Research*. 2013; 1 (3): 81-87. DOI: 10.12966/psbr.08.08.201
11. Custódio JR, Frazão AA, Mónico LS. A sobrecarga e as estratégias de *coping* do cuidador informal do idoso dependente. In Pocinho R, Santos E, Ferreira JA, Gaspar JP, Ramalho A, Soeiro D, Silva S, Eds. *Envelhecer em tempos de crise: Respostas sociais*. Porto (PT): LivPsic; 2012: 93-104.
12. Mónico LS, Custódio JR, Frazão AA. The informal caregiver of dependent elderly: Levels of burden and related variables. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012; 1(2): 149-160.
13. Clemente DF, Frazão AA, Mónico LS. Bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados. In Pocinho R, Santos E, Ferreira JA, Gaspar JP, Ramalho A, Soeiro D, Silva S, Eds. *Envelhecer em tempos de crise: Respostas sociais*. Porto: LivPsic; 2012: 39-50.
14. Clemente D, Mónico LS, Frazão A, Lucas H. Bem-estar subjetivo na 3ª idade: Estudo comparativo nas respostas sociais lar e serviço de apoio domiciliário. In Neri de Souza D, Rua M, Teixeira H, Eds. *Cuidadores de Pessoas Idosas: Caminhos de mudança*. Aveiro (PT): CIDTFF; 2013: 403-408.
15. Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. *Envelhecer em família*. 2ª Ed. Porto (PT): Ambar; 2006.
16. Westphal A. Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose múltipla temporal e esclerose mioclónica juvenil. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiol*. 2005; 11 (2): 71-76.

17. Vitalino P, Yong H, Russo J. Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions. Psychological Science*. 2004; 13 (1): 13-16.
18. Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. *J Pediatr Nurs*. 2000 Dec;15(6): 398-407.
19. Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of life research*. 2003; 12(1): 33-41.
20. Aneshensel C, Pearlin L, Mullan J, Zarit S, Whitlatch C. Profiles in caregiving. The unexpected career. San Diego, CA (US): Academic Press; 1995.
21. Nolan M, Grant G, Keady J. Understanding family care: A multidimensional model for caring and *coping*. Buckingham (UK): Open University Press; 1996.
22. Martz E, Livneh H. *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, empirical and clinical aspects*. New York (US): Springer Publishing Company; 2007.
23. Nolan M, Grant G, Keady J. Assessing the needs of family carers: A guide for practitioners. Brighton (GB): Pavilion Publications; 1998.
24. Noonan AE, Tennstedt SL, Rebelski FG. Making the best of it: Themes of meaning among informal caregivers to the elderly. *Journal of Aging Studies*. 1996; 10(4): 313-327.
25. Folkman S, Moskowitz JT. *Coping: Pitfalls and Promise*. *Annu Rev Psychol*. 2004;55: 745-74.
26. Sequeira C. Cuidar de Idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções. Coimbra (PT): Quarteto Editora; 2007.
27. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965 Fev;14:61-5.
28. Nolan M, Keady J, Grant G. CAMI: A basis for assessment and support with family carers. *Br J Nurs*. 1995 Jul 27-Aug 9;4(14):822-6.
29. Ricardete L. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. [Tese de Mestrado]. Porto (PT): Universidade do Porto; 2009. [citado em 28 outubro 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
30. Mónico LS. Vulnerabilidade, velhice e doença: O efeito da religiosidade no optimismo de internalidade e de externalidade. In Santos E, Ferreira JA, Pocinho R, Gaspar JP, Ramalho A, Eds. *Transição para a reforma/aposentação: Contributos para a adaptação*. Viseu (PT): Psicosoma; 2012: 55-70.

31. Santos, P. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. [Tese de Mestrado]. Lisboa (PT): Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

Correspondência: lisete.monico@fpce.uc.pt