

Cuidador informal de idosos dependentes: Avaliação das dificuldades e autoeficácia

Carla Alexandra Ribeiro Pereira

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados

maio, 2018

Cuidador informal de idosos dependentes: Avaliação das dificuldades e autoeficácia

Carla Alexandra Ribeiro Pereira

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora: Prof. Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Coorientadora: Dra. Sandra Vicente

maio, 2018

***“...a família permanece como a instituição
que cumpre o papel social de
cuidar de idosos...”***

(Fernando Pereira, 2017)

Resumo

Prestar cuidados no domicílio a um idoso dependente é uma tarefa que exige por parte do cuidador informal, bastante dedicação e empenho, pois com o passar do tempo, estes começam a apresentar dificuldades de ordem físicas, psicológicas, sociais e económicas, que por vezes não estão preparados para as enfrentar. No entanto fazem um esforço para cumprir o seu papel de cuidador, sendo que podem vir a comprometer o seu bem-estar, assim como da pessoa cuidada. É importante que o cuidador tenha consciência, das suas próprias dificuldades, assim como do seu sentido de autoeficácia, para assim ser capaz de ultrapassar ou diminuir as suas dificuldades.

Deste modo, o presente estudo teve como principais objetivos avaliar as dificuldades dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado e avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado, sendo um estudo observacional, descritivo e analítico de carácter transversal, foi aplicado um instrumento de recolha de dados, a uma amostra não probabilística constituída por 98 cuidadores informais.

Para obtenção de resultados utilizou-se o Índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador (CADI: Nolan, Grant, & Keady, 1998, Brito, 2002) e a Escala de Autoeficácia do Cuidador (EACII: Steffen et al, 2002, traduzida e adaptada por Mata, 2012).

Como resultados, prevalecem as mulheres (66,3%), casadas (60,2%), filhas do idoso dependente (24,5%), com habilitações entre ensino básico e ensino secundário (79,6%), com média de idades de 61,75 anos, sem actividade profissional remunerada (64,3%), com agregado familiar composto por dois elementos (50%), com rendimentos inferiores a 600 euros (52%), a pessoa cuidada é para 55% dos cuidadores o cônjuge ou filhos, aproximadamente metade da amostra (42%) são cuidadores a tempo inteiro (20-24h) e cuidam à menos de cinco anos (52%). Os resultados permitiram ainda concluir que globalmente os cuidadores evidenciam valores médios de dificuldade inferiores à média teórica da escala. Relativamente à autoeficácia, concluiu-se que os cuidadores também evidenciam valores médios de autoeficácia inferiores à média teórica da escala

tanto no seu global como em todas as suas dimensões, á excessão da dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

Palavras-chave: Cuidador informal, idoso dependente, dificuldades, autoeficácia.

Resumen

La prestación de cuidados en el domicilio a un anciano dependiente es una tarea que exige por parte del cuidador informal, bastante dedicación y empeño, pues con el paso del tiempo, éstos empiezan a presentar dificultades físicas, psicológicas, sociales y económicas, que a veces no se están preparando para enfrentarlas. Sin embargo, hacen un esfuerzo por cumplir su papel de cuidador, pudiendo llegar a comprometer su bienestar, así como de la persona cuidada. Es importante que el cuidador tenga conciencia, de sus propias dificultades, así como de su sentido de autoeficacia, para así poder superar o disminuir sus dificultades.

De este modo, el presente estudio tuvo como principales objetivo evaluar las dificultades de los cuidadores informales y establecer su análisis según las variables de caracterización y de cuidado y evaluar el nivel de autoeficacia de los cuidadores informales y establecer su análisis según las variables de caracterización y de cuidado, siendo un estudio observacional, descriptivo y analítico de carácter transversal, se aplicó un instrumento de recogida de datos, a una muestra no probabilística constituida por 98 cuidadores informales.

Para obtener resultados se utilizó el Índice de Evaluación de las dificultades del Cuidador (CADI: Nolan, Grant, & Keady, 1998, Brito, 2002) y la Escala de Autoeficacia del Cuidador (EACII: Steffen et al, 2002, traducida y adaptada por Mata, 2012).

Como resultado, prevalecen las mujeres (66,3%), casadas (60,2%), las de las personas de edad avanzada dependientes (24,5%), con las cualificaciones entre la enseñanza básica y la en-campana secunitaria (79,6%), , con un promedio de edades de 61,75 años, sin actividad profesional remunerada (64,3%), con un hogar compuesto por dos elementos (50%), con ingresos inferiores a 600 euros (52%), la persona cuidada es para El 55% de los cuidadores de cónyuge o hijos, aproximadamente la mitad de la muestra (42%) son cuidadores a tiempo completo (20-24h) y cuidan a menos de cinco años (52%). Los resultados permitieron concluir que globalmente los cuidadores evidenciaban valores medios de dificultad inferiores a la media teórica de la escala. En cuanto a la autoeficacia,

se concluyó que los cuidadores también mostraban valores medios de autoeficacia inferiores a la media teórica de la escala tanto en su global como en todas sus dimensiones, a la excepción de la dimensión autoeficacia para responder a comportamientos inadecuados de la persona cuidada.

Palabras clave: Cuidador informal, anciano dependiente, dificultades, autoeficacia.

Abstract

Providing care at home to a dependent elderly person is a task that the informal caregiver demands, a lot of dedication and commitment, because with the passage of time, these begin to present physical, psychological, social and economic difficulties, which sometimes do not are prepared to face them. However, they make an effort to fulfill their role as a caregiver, and may compromise their well-being, as well as the person cared for. It is important that the caregiver is aware of his / her own difficulties, as well as his / her sense of well-being. self-efficacy, in order to be able to overcome or reduce their difficulties.

Thus, the main objective of the present study was to assess the difficulties of informal caregivers and to analyze them according to the variables of characterization and care and to assess the level of self-efficacy of informal caregivers and to establish their analysis according to the variables of characterization and of care, being an observational, descriptive and analytical cross-sectional study, an instrument of data collection was applied to a non-probabilistic sample of 98 informal caregivers.

To obtain results, the Caregiver Difficulties Assessment Index (CADI: Nolan, Grant, & Keady, 1998, Brito, 2002) and the Caretaker Self-Efficacy Scale (EACII: Steffen et al., 2002, translated and adapted by Mata, 2012).

As a result, women (66.3%), married (60.2%), dependents (24.5%), pre-primary and secondary school students (79.6%) prevailed , with a mean age of 61.75 years, without paid professional activity (64.3%), with a household consisting of two elements (50%), with incomes less than 600 euros (52%), the person cared for 55% of caregivers the spouse or children, approximately half of the sample (42%) are full-time caregivers (20-24h) and care for less than five years (52%). The results also allowed us to conclude that overall the caregivers showed average values of difficulty lower than the theoretical average of the scale. Regarding self-efficacy, it was concluded that the caregivers also showed mean values of self-efficacy lower than the theoretical mean of the scale both in its overall and in all its dimensions, the ex-assignment of the self-efficacy dimension to respond to inappropriate behaviors of the person cared for.

Keywords: Informal caregiver, dependent elderly, difficulties, self-management.

Agradecimento

Crescer intelectualmente exige de nós, estudantes, professores, doutores, uma ambição que agora exige um crescimento pessoal e profissional. Ao longo destes três meses, foi um tempo de aprendizagem, de trabalho, de investigação, de pesquisa ao nível do envelhecimento, da organização familiar, da tríade: família, equipa multidisciplinar e doente. Estou certa de que sem a ajuda de todos aqueles que me acompanham teria, certamente, sido menos fácil terminar este projeto.

Perante o supra referido, agradeço a todos (as) os (as) que colaboraram para a realização deste estágio e dissertação:

À, minha orientadora Prof. Doutora Maria Augusta Pereira Mata, que sempre me apoiou e orientou em tudo aquilo que necessitei;

À minha coorientadora Dr.^a Sandra Vicente, que sempre mostrou preocupação na minha integração e trabalho;

A todos os Cuidadores Informais e idosos dependentes, com quem tive o prazer de trabalhar;

À Unidade de Cuidados Continuados Integrados Sagrada Família (UCCISF) em especial ao Diretor Técnico Enf. Pedro Ferreira, ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e respetivas Diretoras Técnicas Dr.^a Alexandra Andrade, Dr.^a Marina Duque, Dr.^a Sofia Landim e à Dr.^a Rute Brás assim como à Santa Casa da Amadora (SCA) por promoverem a inclusão e integração no seio da equipa;

Ao Adriano Silva, que sempre me apoiou, me deu força e aconselhou para desempenhar um bom trabalho;

As minhas amigas e colegas de curso Patrícia Fernandes, Jéssica Torrão e Carla Ferreira, pelos telefonemas e conselhos;

Por último e mais importante, à minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional e resiliente.

Obrigado a todos!

Siglas

AVD's- Atividades de Vida Diárias

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

UCCISF- Unidade de Cuidados Continuados Integrados Sagrada Família

SCMA- Santa Casa da Misericórdia da Amadora

CADI- Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

EACII- Escala de Autoeficácia de Cuidadores Informais de Idosos

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

LDM- Longa Duração e Manutenção

DC- Descanço do Cuidador

ERPI's- Equipamentos Residenciais para Idosos

CASSA- Centro de Atendimento e Serviço Social da Amadora

CRSI- Centro Rainha Santa Isabel

CCM- Centro Casal da Mira

URASM- Unidade Residencial Aristides de Sousa Mendes

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

Índice

Introdução	1
Parte I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento, Contexto Social e Familiar.....	4
2. Cuidar de Idosos em Ambiente Familiar	6
2.1. As dificuldades do Cuidar em Ambiente Familiar.....	10
2.2. Autoeficácia dos Cuidadores Informais.....	12
Parte II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	15
3. Contextualização e Objetivos do Estudo.....	16
4. Metodologia.....	19
4.1. Procedimentos	19
4.1.1. Desenho do estudo.....	19
4.1.2. Procedimentos da Seleção da Amostra.....	19
4.1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	20
4.1.4. Procedimentos de Colheita de Dados.....	21
4.1.5. Instrumentos de Recolha de Dados.....	21
4.1.6. Procedimentos de Tratamento de Dados	27
4.1.7. Operacionalização das Variáveis.....	27
4.2. Participantes	29
5. Apresentação dos Resultados	34
5.1. Objetivo 1: Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado	34
5.2. Objetivo 2: Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado	45
6. Discussão dos Resultados.....	52
Conclusões.....	58
Referências Bibliográficas	62
ANEXOS	67
Anexo I: Identificação dos Cuidadores Informais	68
Anexo II: Consentimento Informado.....	70
Anexo III: Instrumentos de recolha de dados.....	72

Índice de Tabelas

Tabela 1- Factores CADI	23
Tabela 2- Correlação entre as pontuações dos fatores e a pontuação global do CADI	24
Tabela 3- Dimensões da escala de avaliação da autoeficácia.....	25
Tabela 4- Correlação entre as dimensões e o global de autoeficácia do cuidador informal	26
Tabela 5- Características sócio- demográficas dos cuidadores informais	31
Tabela 6- Características do cuidar	33
Tabela 7- Pontuações teóricas e observadas no CADI	34
Tabela 8- Médias do CADI segundo o sexo	35
Tabela 9- Médias do CADI segundo a idade	36
Tabela 10- Médias do CADI segundo o estado civil	37
Tabela 11- Médias do CADI segundo as habilitações literárias.....	39
Tabela 12- Médias DO CADI segundo o trabalho.....	40
Tabela 13- Médias do CADI segundo o parentesco	42
Tabela 14- Médias do CADI segundo as horas de cuidado.....	43
Tabela 15- Médias do CADI segundo o tempo de cuidado.....	44
Tabela 16- Pontuações teóricas e observadas na escala de autoeficácia do cuidador informal	45
Tabela 17- Médias da escala de autoeficácia segundo o sexo.....	46
Tabela 18- Médias da escala de autoeficácia segundo a idade.....	46
Tabela 19- Médias da escala de autoeficácia segundo o estado civil.....	47
Tabela 20- Médias da escala de autoeficácia segundo as habilitações literárias	48
Tabela 21- Médias da escala de autoeficácia segundo o trabalho	49
Tabela 22- Médias de autoeficácia segundo o parentesco.....	50
Tabela 23- Médias da escala de autoeficácia segundo as horas de cuidado ..	51
Tabela 24- Médias da escala de autoeficácia segundo o tempo de cuidado ...	51

Introdução

O avanço progressivo da medicina e, de uma forma geral, a melhoria das condições socioeconómicas, contribuiu para o aumento da longevidade da população.

O envelhecimento e as alterações que ocorrem a nível fisiológico, psicológico e comportamental, associado à maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's), torna os indivíduos mais dependentes de uma rede de cuidados formais ou informais, para assim verem satisfeitas as suas necessidades.

Cuidar de uma pessoa dependente constitui um enorme desafio, principalmente para os cuidadores informais, pelas dificuldades que o cuidado exige. O ato de cuidar implica um enorme esforço mental, físico, psicológico, social e económico, uma vez que muitas vezes esse cuidado não é possível ser assegurado pelos cuidadores formais devido à escassez de recursos. Assim, surge a necessidade do cuidador informal que, habitualmente, é prestado por familiares, amigos ou até mesmo vizinhos, e assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

Prestar cuidados a pessoas com dependência não é tarefa fácil e torna-se ainda mais complicada, quando o cuidador informal não consegue dar resposta a situações constrangedoras. Numa fase inicial este baseia-se em desempenhar tarefas mais simples, mas com o tempo tornam-se mais complexas, exigindo conhecimentos técnicos e habilidades para satisfazer as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) da pessoa dependente, que muitas vezes estes não possuem.

Deste modo para os profissionais ajudarem e orientarem estes cuidadores é necessário efetuar um diagnóstico das necessidades para conhecimento real das situações.

No âmbito do curso de Mestrado em Cuidados Continuados e enquanto estagiária na Unidade de Cuidados Continuados Sagrada Família (UCCSF), assim como, nos Serviços de Apoio Domiciliários (SAD) da Santa Casa da

Misericórdia da Amadora (SCMA), distrito de Lisboa, pretende-se conhecer a realidade dos cuidadores informais dos utentes institucionalizados e no domicílio pelo que se decidiu desenvolver o presente estudo para o qual foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado;
- Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado.

Para tal, foi desenhado um estudo de carácter quantitativo, observacional, descritivo e analítico para o qual foi construído um instrumento de recolha de dados que incluiu o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) validado para Portugal e apresentada por Sequeira (2010), e a Escala de Autoeficácia do Cuidador Informal de Idosos (EACII) dependentes, desenvolvida por Steffen et al (2002), traduzida e adaptada à população portuguesa por Mata (2012).

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes essenciais: a primeira que correspondente ao enquadramento teórico, que fundamenta cientificamente a investigação e nele são abordados os seguintes temas, o envelhecimento, contexto social e familiar, cuidar de idosos em ambiente familiar, as dificuldades do cuidar em ambiente familiar e envelhecimento, contexto social e familiar e autoeficácia dos cuidadores informais. A segunda diz respeito ao enquadramento metodológico, e nela são descritas todas as etapas percorridas para a concretização do estudo, bem como a apresentação e análise dos resultados obtidos. Culminando com a discussão dos resultados em que, os obtidos neste estudo são comparados com outros desenvolvidos na mesma área.

Parte I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento, Contexto Social e Familiar

Um indivíduo é teoricamente idoso quando a sua idade cronológica atinge os sessenta e cinco anos e é sabido que, com o avanço da idade, a pessoa vê-se marcada por transformações físicas, sociais e psíquicas (Santos, 2000).

Segundo Lima (2010), começam a surgir deteriorações das funções corporais e intelectuais decorrentes do processo de senescência a partir dos quarenta anos de idade. Para esta autora o envelhecimento pode ser dividido em três partes o primeiro diz respeito à longevidade celular, o segundo às doenças e ao ambiente e por último o terceiro sendo a fase terminal onde podem ocorrer mudanças tanto de caráter cognitivo como funcional.

Sequeira (2010), refere que o envelhecimento constitui um processo dinâmico, natural, progressivo e irreversível ocorrendo desde o nascimento até ao fim da vida. Este fenómeno sucede-se de acordo com o meio onde as pessoas estão inseridas, segundo a cultura e estilos de vida.

No entanto, pode-se afirmar que o processo de envelhecimento não se traduz obrigatoriamente em incapacidade, mas sim numa redução da capacidade do organismo. Apesar das diferenças nos contextos, as políticas sociais devem criar estratégias para combater todas as vulnerabilidades, promovendo ainda o bem-estar do indivíduo (Santos, 2000).

A alteração de papéis sociais, familiares, laborais e de lazer constitui uma realidade a que o idoso está sujeito. Apesar dessas alterações, a forma como a sociedade tem vindo a compreender a realidade da pessoa idosa, faz com que essas alterações tenham tendência a diminuir ou até mesmo desaparecer (Sequeira, 2010).

Segundo o mesmo autor, o contexto familiar, o trabalho e a participação na sociedade, contribuem para uma alteração nas redes sociais. Paul (2005) cit. in Sequeira (2010) ainda acrescenta

Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros) vão desaparecendo, pelo que é necessário

reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento ótimo. (p.30)

Deste modo considera-se que esta reorganização da rede informal é fundamental para um envelhecimento bem sucedido, sendo também imprescindível a participação e o envolvimento ativo em papéis sociais (Spar e La Rue, 2005 cit. in Sequeira, 2010).

Contudo, nem sempre isto acontece, pois quando confrontados com a idade da reforma e, conseqüentemente, com a desvinculação do mundo do trabalho, o idoso vê diminuída a sua importância na sociedade, facto que poderá contribuir para o seu isolamento social.

Também com o passar do tempo, o idoso vai perdendo influência no seio familiar, sendo que Bosi (1994) cit. in Sequeira (2010) acrescenta que “Ele passa de responsável pela manutenção da família, de elemento integrador, no qual é respeitado e do qual depende a sobrevivência da mesma, para se tornar apenas mais um elemento.” (p. 32)

Fonseca (2005) refere que do ponto de vista psicológico, o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição-adaptação, que poderá implicar o aparecimento de alterações do funcionamento com conseqüências ao nível do bem-estar psicológico e social.

Tendo em conta o novo contexto social do idoso, é crucial, criar também condições para que o idoso seja capaz de usufruir de uma boa qualidade de vida e bem-estar, e não ter apenas preocupação de prolongar a vida (Veras, 1994 cit. in Sequeira, 2010).

O crescente aumento do número de idosos, associado ao crescente das doenças crónicas e degenerativas que podem conduzir a pessoa idosa a situação de fragilidade e dependência, conduz a família necessariamente à adoção de novas tarefas como a assistência e manutenção dos idosos no seu contexto familiar, social e cultural.

2. Cuidar de Idosos em Ambiente Familiar

Ao longo da sua vida, o ser humano passa por diferentes fases de desenvolvimento, sendo que a família é o local ideal para que este chegue à fase da velhice e a viva com tranquilidade. A família é o lugar em que as pessoas se sentem seguras e amadas, mesmo que em alguns casos existam conflitos, a família não deixa de ser o nosso porto de abrigo (Sousa, Figueiredo e Cequeira, 2004 cit. in Gomes & Mata 2017).

Tendo em conta que o fenómeno do envelhecimento é uma realidade universal e que ninguém lhe consegue escapar, deveremos refletir sobre o futuro tendo como objetivo melhorar as condições para que se possa envelhecer com qualidade de vida. Romero e Wasiek (2007) cit. in Gomes e Mata (2017), afirmam que o

Preparamo-nos para uma vida longa é uma questão que diz respeito à sociedade no seu conjunto, e não apenas aos idosos, uma vez que a velhice de ontem é diferente da velhice de hoje e, a de hoje, será seguramente diferente daquela que irá acontecer nas décadas futuras. (pág. 163)

A família ultrapassa diferentes fases e, à medida que vai evoluindo, adquire diferentes funções, como as de desenvolvimento, de proteção e de socialização de todos os seus membros (Gomes & Mata, 2017).

Estas fases dizem respeito ao ciclo vital da família, que Bianchi e Estremero (2003) cit. in Gomes e Mata (2017) lhe reconhecem sete etapas: “constituição do casal, nascimento de uma criança, filhos em idade escolar, saída dos filhos de casa e respetivo casamento, etapa madura, anciania” (pág. 164).

Os mesmos autores referem que a constituição familiar pode passar por várias crises sendo estas evolutivas, ou seja, dizem respeito a alterações espetáveis, ou inesperadas porque estão relacionadas com acontecimentos imprevisíveis.

Tendo em conta as crises supra referidas pelas quais a família passa, esta também as ultrapassa de forma distinta. Uma apresenta mais facilidade e adapta-se mais rapidamente às situações e outras demonstram um elevado grau de dificuldade a novas realidades.

Segundo Gomes e Mata (2017), as formas distintas de reação das diversas famílias, estão diretamente relacionadas com a diversidade cultural, os usos e costumes, não se podendo afirmar que existe uma forma mais ou menos correta para ultrapassar as diversas fases.

Relativamente às etapas referidas anteriormente, as mesmas autoras fazem particular referência à anciania, também chamada de “velhice”, enunciando os problemas mais específicos desta etapa na qual cada elemento do casal vai necessitar de tempo para se readaptar e reorganizar face as alterações que irão acontecer, podendo observar-se muitas vezes uma inversão dos papéis no que diz respeito à prestação de cuidados tanto a nível físico, emocional e económico.

É, também, nesta última etapa da vida familiar que os indivíduos têm necessidade de se adaptar e (re)aprender a viver com as perdas que vão acontecendo com o passar do tempo, como a morte de familiares, perda de prestígio e poder, e perda ou declínio das capacidades físicas e intelectuais, tendo necessidade de ter um cuidador para satisfação das suas AVD'S.

Assim segundo Gomes e Mata (2017)

A família permanece como a instituição que cumpre o papel social de cuidar de idosos, apresentando uma enorme flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas e atuando como espaço transmissor de oportunidades e de perspectivas de vida para os seus membros. (p. 165)

Segundo Karsch (2003), existem quatro fatores, que designam a pessoa que cuida de idosos com grau elevado de dependência, como o parentesco, sexo, proximidade física e proximidade afetiva.

A família é também um suporte quando se constata que existe uma carência a nível dos serviços de apoio aos idosos. Realçando ainda o papel da família, esta é fundamental no que diz respeito aos aspetos sociais, afetivos e educativos do idoso (Gutierrez e Minayo, 2008).

Mas, como afirmado por Sullerot (1997), cit. in Karsch (2003)

A família está em crise. As estruturas familiares no mundo inteiro estão a sofrer modificações ocasionadas por diferenciados motivos: separações; divórcios e novas uniões; instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho; maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas, geralmente morando sozinhas nas cidades; idosos exercendo chefias de família; e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho. (p. 864)

Face ao acima citado, pode depreender-se que na estrutura familiar atual podem existir dificuldades acrescidas aquando da necessidade de cuidar um idoso dependente. A mulher tem vindo a assumir novos papéis, afirmando-se no mercado de trabalho, mas, culturalmente, e apesar de existirem já muitos cuidadores do sexo masculino, ainda é a mulher quem habitualmente assume o papel principal de cuidador. (Karsch, 2003)

A adoção do papel de cuidadora vai traduzir-se numa maior limitação do tempo livre e de vida socialmente activa, pois para além do trabalho remunerado têm a responsabilidade acrescida de cuidadoras (Laham, 2003).

Apesar das limitações acima referidas, existem os motivos que conduzem ao papel de cuidador, e que de acordo com Sequeira (2010) incidem principalmente na iniciativa própria, decisão familiar e vontade da pessoa dependente.

Karsch (1998), cit in. Gomes e Mata, (2017) acrescenta que por vezes não é o indivíduo que se voluntaria para cuidar, pois muitas vezes este é definido pelo

facto de não haver disponibilidade por parte de outros elementos da família para cuidar, e quanto mais o cuidador se dedica a participar nos actos de cuidar, mais os restante elementos se afastam e se desresponsabilizam de cuidados.

Por outro lado, como indicam Gomes e Mata (2017), o papel de cuidador quando numa família não existem filhos é desempenhado pelo cônjuge, que muitas vezes também ele é idoso, sofre de limitações e tem algumas patologias associadas, tornando-se em suporte um do outro. Estes cuidadores, por vezes, apresentam uma condição física fragilizada, sendo que a prestação de cuidados poderá colocar em risco a sua capacidade funcional (Karsch, 2003).

Carranza, Torrejon (2005) & Medeiros (2010) salientam que o cuidador grande parte das vezes possui formação insuficiente para prestação de cuidados a terceiros.

No entanto Karsch (2003), defende que os cuidadores necessitam de orientações para saberem como proceder nas situações difíceis e deveriam receber em casa periodicamente profissionais da área da saúde, educação social, assistente social, de modo a supervisionarem a sua capacidade para o desempenho do seu papel. Acrescenta ainda que este apoio é crucial quando se está na presença de um casal de idosos em que um dos membros passa a ser o cuidador por motivos de agravamento de doença incapacitante de um dos cônjuges.

Segundo Neri e Carvalho (2002), os cuidadores informais caracterizam-se como primários, secundários e terciários. O cuidador que mantém contacto direto, supervisiona, orienta, acompanha e/ou substitui o autocuidado do idoso dependente é caracterizado como primário. O cuidador secundário presta apoio ao cuidador primário ao nível económico e psicossocial, prestando ainda, quando necessário, cuidados ao idoso. Por fim, os cuidadores terciários estão livres de responsabilidades e prestam apenas cuidados ao idoso em situações de emergência.

Quando se aborda o papel do cuidador informal fala-se de algo complexo, dada a responsabilidade de prestar cuidados em três áreas distintas como o apoio à informação e orientação com objetivo de facilitar o cuidado; o apoio emocional, com o objetivo principal da construção e manutenção da autoestima e por

fim o apoio instrumental referente a todos os cuidados a prestar (Sequeira, 2010).

Vono (2009) afirma que o ato de cuidar deverá ser dinâmico, pois é algo que exige proactividade em favor das necessidades e expectativas da pessoa cuidada. Stephens (1990) cit. in Sequeira (2010), menciona os quatro domínios que a prestação de cuidados deve conter: satisfação das ABVD; Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); necessidade de apoio emocional e, ainda, lidar com as pressões psicológicas relacionadas com o papel que desempenha.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a prestação de cuidados acarreta um conjunto de aspetos negativos como alterações na saúde, devido ao reduzido tempo para cuidar de si; Restrições na vida social, devido à falta de tempo e as preocupações; Deteriorização das relações familiares devido ao stress, irritabilidade e ansiedade que fazem desencadear conflitos familiares.

Como aspetos positivos do cuidar evidenciam o desenvolvimento de sentimentos de realização; prazer; afeto; gratificação; recompensa; utilidade; desenvolvimento de competências e carinho; sentimento de dever cumprido (Paúl & Fonseca, 2005).

A pessoa que cuida exterioriza satisfação, sentimento de dever cumprido e vêem-se aumentados os laços afetivos, facto que concorre para o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas (Andrade, 2009).

2.1. As dificuldades do Cuidar em Ambiente Familiar

Aquando da assunção do seu papel, o cuidador tem consciência de que a sua vida sofrerá alterações, existindo a necessidade de (re)adaptar as actividades pessoais, sociais e profissionais. Tudo o sobredito gera conflitos intra e interpessoais, sendo que o primeiro diz respeito ao desejo que este tem de cuidar e de se auto cuidar e o segundo à falta de apoio das redes sociais formais (profissionais da área e organismos públicos) e informais (familiares e amigos) (Santos, 2003).

Segundo Santos (2003) o tempo que o cuidador dispensa para a vigilância e cuidado à pessoa cuidada é no mínimo de dezasseis horas, por dia, o que o leva a uma carga física e psicológica elevada e que, tendo em conta o referido por Gomes e Mata (2017), ser cuidador de idoso(s) dependente(s) no domicílio exige uma constante aprendizagem, conhecimentos e habilidades tendo em conta as necessidades dos cuidados, independentemente de serem físicas, psíquicas, biológicas e/ou sociais.

Cuidar de um idoso dependente traz consequências ao nível da saúde (física e psicológica), económico e social (Villar, 2009). Sequeira (2010), acrescenta que a prestação de cuidados “obriga” muitas vezes, a que o cuidador se foque no idoso, fazendo com que o indivíduo fique alheado da sociedade, promovendo o isolamento social. Uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores, refere-se à situação económica, pois à medida que a dependência se vai agravando, as despesas aumentam quando, muito frequentemente os rendimentos diminuem.

Acresce que, em consequência das funções que desempenham, os cuidadores podem desencadear quadros de exaustão em resultado da escassez de informação e de apoio por parte das redes sociais, de saúde e familiares, inexistência de recursos económicos, capacidade reflexiva, condições habitacionais, competências pessoais e por fim experiências de vida (Brito, 2000).

Sequeira (2010), acrescenta que as principais dificuldades do cuidador são ao nível da informação, do desempenho do papel, em lidar com problemas e sofrimentos do idoso.

O mesmo autor refere que é muito importante proceder-se à avaliação das dificuldades do cuidador, afirmando que a mesma possibilita uma maior adequação das respostas e apoios sociais. Sugere a utilização do CADI, instrumento composto por 30 questões que estão relacionadas com o cuidado, com as possíveis dificuldades e com implicações na vida social, saúde, situação económica, relacionamento e apoio dos profissionais. Relativamente ao CADI o autor diz o seguinte

O CADI é sensível ao sexo, rendimentos do idoso, grau de dependência e à deterioração cognitiva (contexto do idoso); à idade, situação profissional, percepção de gravidade e estado de saúde (contexto do cuidador); à duração do cuidar, número de horas do cuidar, ao tipo de ajudas, gastos com o cuidar e com o suporte social (contexto da prestação de cuidados). (pág.270)

2.2. Autoeficácia dos Cuidadores Informais

Para que um indivíduo se torne cuidador, deverá possuir alguns requisitos, ou desenvolver confiança para desempenhar as tarefas implicadas pelo cuidar. Quanto maior for essa confiança melhor irá encarar as dificuldades e, conseqüentemente, sentir-se orgulhoso obtendo uma maior satisfação pessoal, contribuindo para o seu bem estar geral (Mata e Rodrigues, 2017).

As mesmas autoras acrescentam, ainda, que as pessoas com confiança elevada nas suas capacidades enfrentam as tarefas difíceis como desafios a encarar e não como ameaças a evitar.

Uma elevada percepção de autoeficácia, faz com que o cuidador se empenhe de forma mais persistente, e a falta de autoeficácia do cuidador derivará em dificuldades na realização das tarefas implicadas pelo cuidar.

Deste modo Bandura (1994; 1998) cit. in Mata e Rodrigues (2017) apresenta uma definição de autoeficácia dizendo que

Autoeficácia é definida como a crença de cada um nas suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que exercem influência sobre eventos que afetam a sua vida, ou seja, a crença acerca da sua capacidade para produzir efeitos. As

crenças de autoeficácia determinam a forma com as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. (pág. 193)

Bzuneck (2001) cit. in Mata e Rodrigues (2017) acrescenta que a autoeficácia diz respeito a uma “avaliação ou percepção pessoal e é um conceito que inclui a própria inteligência, habilidades ou conhecimentos.” (pág. 194)

Com o passar do tempo, os cuidadores tendem a sofrer de sobrecarga. No entanto se a autoeficácia for trabalhada junto dos mesmo esses efeitos do cuidar podem ser prevenidos. Podem obter uma mentalidade resiliente que os ajude a superar o isolamento social e a solidão muitas vezes causada pelas tarefas do cuidar, sendo que níveis elevados de autoeficácia ainda os ajuda na promoção de realização pessoal, diminuição do stress, assim como, da depressão (Bandura 1994).

Schwarzer e Scholz (2000) cit. in Mata e Rodrigues (2017) afirmam que

Existem várias pessoas que apresentam um sentido generalizado de autoeficácia, referindo-se a uma confiança global nas capacidades pessoais para enfrentar exigências ou situações novas. (pág. 195)

Assim sendo a autoeficácia geral traduz-se na capacidade de um indivíduo possuir competências pessoais para dar resposta a situações de elevado stress.

Segundo Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher- Thompson, & Bandura (2002) cit. in Mata e Rodrigues (2017) a autoeficácia apesar de ser utilizada em pesquisas acerca do stress crónico e do coping tem vindo também a ser utilizada para ajudar a explicar as experiências de cuidadores familiares de pessoas com demência.

Neste sentido era de esperar que indivíduos com elevado nível de autoeficácia referente à sua capacidade de enfrentar desafios relativos ao papel de cuidar se tornassem cuidadores familiares, no entanto os indivíduos com baixo nível de autoeficácia quando deparados com desafios, esses enfrentam as

suas próprias barreiras, ou seja, enfrentam as dificuldades sentidas em determinadas tarefas e as consequências negativas da falha.

Deste modo Steffen et al (2002) sugeriram e construíram um instrumento de medida o EACII que melhor identificasse o nível de autoeficácia do cuidador para enfrentar o distress e os pensamentos negativos acerca do seu cuidar.

O instrumento que mais tarde foi adaptado por Mata (2012) e validado para a população portuguesa é constituído por três domínios de autoeficácia do cuidador passíveis de avaliação sendo o primeiro autoeficácia para obtenção de uma pausa, o segundo autoeficácia para responder a comportamentos inadequados de pessoa cuidada e por último autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar.

Parte II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3. Contextualização e Objetivos do Estudo

O presente estudo empírico foi desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia da Amadora, mais concretamente na Unidade de Cuidados Continuados Sagrada Família e nos quatro Serviços de Apoio Domiciliário.

Esta instituição localiza-se na Área Metropolitana de Lisboa, que se localiza no centro-sul de Portugal. Engloba 18 municípios divididos pelas duas margens do rio Tejo: a Grande Lisboa, a norte e a Península de Setúbal, a sul.

Segundo o censo de 2011, os residentes na Área Metropolitana de Lisboa eram 2.821.876, representando um crescimento de 5,5% em relação a 2001 e apresentando um ritmo superior ao do país. Em 2015, era a área metropolitana mais populosa do país (NUTS III- constituído por 25 unidades, das quais 23 no continente e 2 correspondentes às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), com 2.812.678 habitantes, e a segunda região mais populosa (NUTS II- constituído por sete unidades, das quais cinco no continente e os territórios das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), a seguir à Região do Norte.

Apesar dos valores crescentes da população é importante referir, que este aumento diz respeito ao envelhecimento demográfico do país, como de resto tem acontecido na maioria dos países desenvolvidos.

Este fenómeno ocorre devida à redução da natalidade e ao aumento da longevidade, sendo que em Portugal verificou-se um decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), a par do aumento da população idosa (65 e mais anos de idade).

Em 2015, 2,1 milhões de pessoas, quase 20% da população portuguesa, tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060, cresçam para 29%. O número de pessoas com idade 80 e mais anos mais que duplica entre 2015 e 2060, projetando-se que passe dos 614 mil para os 1421 mil indivíduos.

Tal acontece devido à inovação dos cuidados de saúde, e aos tipos de cuidados prestados a esta população, que são do tipo formal e informal, sendo os cuidados informais fundamentais na prestação de cuidados com o intuito de satisfazer das ABVD, tendo como principal objetivo proporcionar uma maior qualidade de vida e autonomia aos idosos.

Estes cuidados por vezes causam situações de dúvida e dificuldades, sendo que neste caso é importante os profissionais das áreas sociais e de saúde estejam atentos a estas problemáticas. (Garcia, 2010)

No âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados, surgiu a oportunidade de desenvolver a presente investigação em contexto de estágio, na Santa casa da Misericórdia da Amadora, mais propriamente na UCCISF e no SAD.

A UCCSF, resposta social da SCMA, iniciou a sua atividade a 9 de abril de 2012, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a tipologia de Longa Duração e Manutenção (LDM). De acordo com o site da SCMA a Unidade, está localizada na freguesia das Águas Livres, no Concelho da Amadora, possui uma capacidade para 30 camas e é composta por uma equipa multidisciplinar de 42 colaboradores.

A UCCSF assegura cuidados de saúde e de apoio psicossocial exclusivamente a utentes, previamente referenciados para a tipologia de LDM ou para Descanço do Cuidador (DC). A sua missão visa “assegurar cuidados de saúde e de apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência física e portadora de doença crónica, através de um processo ativo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”. (site SCMA)

A SCMA para além desta resposta social tem muitas outras, sendo que além da UCCSF o estágio foi desenvolvido no SAD. No entanto a SCMA tem ao dispor da comunidade quatro SAD's, sendo o primeiro localizado no Centro de Atendimento e Serviço Social da Amadora (CASSA), o segundo no Centro Rainha Santa Isabel (CRSI), o terceiro no Centro Casal da Mira (CCM) e por último na Unidade Residencial Aristides de Sousa Mendes (URASM).

O SAD pretende ser mais um contributo para fortalecer os laços familiares visto que o cliente se mantém no conforto do seu lar, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho em rede com os cuidadores (in)formais dos seus clientes.

Após a contextualização segue-se a apresentação dos objetivos, podendo começar por dizer, que um trabalho de investigação implica que haja uma planificação e um delineamento dos objetivos a concretizar durante a investigação, traduzindo-se assim no caminho a seguir e nas metas a alcançar (Ribeiro, 2010).

No entanto o presente estudo tem como principal finalidade a avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes e a avaliação da autoeficácia desses mesmo, nas valências da UCCSF e do SAD da SCMA, e em consequência dessa avaliação, poder fornecer o documento de investigação à unidade de saúde para assim haver um maior conhecimento da população alvo e do que se poderá vir a intervir no futuro.

Em consequência, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado;
- Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado.

4. Metodologia

Segundo Fortin (2009), a metodologia de investigação descreve o estudo realizado, as definições e operacionalizações das variáveis, o local onde se desenvolve o estudo e a respetiva população do estudo de tal forma que, um outro investigador, em momento ou local diferente, o possa replicar, dado que, como afirmado por Pais-Ribeiro (2010), o objetivo da metodologia é "descrever em pormenor como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer um o possa replicar com base na informação recolhida" (...) sendo que se divide em "participantes, material, planificação e procedimentos", podendo estas fases encontrarem-se numa "determinada ordem ou fundirem-se numa só" (p. 32).

4.1. Procedimentos

Tendo em conta o anteriormente referido, descrevem-se seguidamente os procedimentos utilizados para a realização do presente estudo.

4.1.1. Desenho do estudo

Face à problemática em estudo e objetivos delineados, optou-se por um estudo observacional, descritivo e analítica, de corte transversal, recorrendo conseqüentemente ao método quantitativo.

4.1.2. Procedimentos da Seleção da Amostra

A nossa população é constituída pelos cuidadores informais de idosos dependentes que usufruem do serviço UCCISF e do SAD, totalizando 200 cuidadores.

O tipo de amostragem do estudo foi não probabilística acidental, utilizando o tipo de amostragem por informantes estratégicos, dado que a seleção dos cuidadores que reunissem os critérios de inclusão estabelecidos foi efetuada pelos profissionais das instituições anteriormente referidas; por fim

fez-se também uso da amostragem em “Bola de Neve” uma vez que os próprios inquiridos deram informações acerca de outros cuidadores, potenciais participantes do estudo.

Foram tidos em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser cuidador de um utente internado na UCCSF, ou atendido pelos SAD's da SCMA;
- Aceite participar no estudo;
- Não usufrua de qualquer remuneração pela função que exerce.

No final resultou uma amostra constituída por 98 cuidadores informais.

Após a primeira abordagem com os cuidadores, foi-lhes apresentado o estudo e os seu objetivos, o carácter voluntário e a pertinência da participação.

4.1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos

O presente estudo iniciou-se com uma solicitação de autorização aos Diretores técnicos da UCCISF e do SAD, que foi deferida favoravelmente.

Foram ainda tidos em consideração os seguintes princípios que regem a conduta ética em investigação:

- Pedido consentimento informado antes da realização do estudo (Anexo 2);
- Antes da aplicação dos questionários, os mesmos foram explicados, assim como apresentados os objetivos do estudo;
- Foi respeitada a vontade do cuidador informal assim como da pessoa cuidada;
- Foi respeitado o direito à confidencialidade das suas respostas e garantido o anonimato das informações;
- As respostas dos cuidadores aos questionários não foram manipuladas de forma a que as respostas nos fossem mais favorecidas;

- Os valores culturais e religiosos, foram sempre tidos em conta e respeitados.

4.1.4. Procedimentos de Colheita de Dados

Uma vez identificados os cuidadores que preenchem os critérios de inclusão (Anexo 1), os mesmos foram questionados acerca do seu interesse em participar no estudo. Este contacto foi efetuado telefonicamente, em visitaçã domiciliária, ou presencialmente em ambiente de SAD.

Uma vez obtida a sua vontade em participar, iniciou-se o processo de investigação, aplicando o instrumento de recolha de dados (Anexo 3) aos cuidadores informais dos utentes do SAD e da UCCSF.

Junto do cuidador informal os procedimentos foram os seguintes:

- Inicialmente o entrevistador/investigador apresentava-se;
- Era apresentado e assinado o pedido de consentimento informado;
- Esclarecidas todas as dúvidas que fossem surgindo.

A colheita de dados decorreu de 1 de Março de 2017 a 20 de Maio de 2017 no domicílio do cuidador ou da pessoa cuidada e nas instalações da UCCISF, sendo que o tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos.

4.1.5. Instrumentos de Recolha de Dados

Na presente investigação foi utilizado um instrumento de recolha de dados constituído por 2 partes. A primeira, constituída por variáveis atributo e de caracterização, visou a obtenção de informação sociodemográfica do cuidador informal do idoso dependente, enquanto a segunda parte incluiu o índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador (CADI: Nolan, Grant, & Keady, 1998, Brito, 2002) e a Escala de Autoeficácia do Cuidador (EACII :Steffen et al 2002, traduzida e adaptada por Mata, 2012). (Anexo 3)

Instrumentos de Medida

O *Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)* foi desenvolvido por Nolan e os seus colaboradores no Reino Unido, foi adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito.

Compõe-se por 30 possíveis dificuldades que os cuidadores de idosos dependentes possam sentir e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio profissional. É um índice que pode ser utilizado em investigações sendo que, permite uma análise qualitativa e quantitativa, ou seja, possibilita mensurar e descrever as dificuldades dos cuidadores informais. (Sequeira, 2010)

Com a aplicação deste instrumento é possível identificar as dificuldades sentidas nas diversas situações de prestação de cuidados, assim como a forma como cada cuidador informal percebe e vivencia essas dificuldades. O levantamento de toda esta informação vai permitir aos profissionais de saúde estabelecer um plano individualizado de cuidados ou intervenções que visam responder às necessidades específicas de cada cuidador. (Sequeira, 2010)

As dificuldades são avaliadas através duma escala tipo Likert, sendo que os itens integram quatro opções de resposta: *Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4)*.

O ponto médio da escala é de 45, podendo o cuidador obter uma pontuação mínima de 30 e máxima de 120.

Segundo Sequeira (2010) o CADI compõe-se de sete fatores apresentados na tabela 1:

Tabela 1- Factores CADI

Fatores	N.º de itens	Questões correspondentes
Problemas relacionais com o idoso	7	5, 11, 12, 14, 22, 25, 26
Reações à prestação de cuidados	8	1, 2, 3, 9, 17, 19, 29, 30
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6	6, 10, 13, 15, 23, 24
Restrições na vida social	3	8, 18, 20
Falta de apoio familiar	2	16, 28
Falta de apoio profissional	2	7, 27
Problemas financeiros	2	4,21

Fonte: Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa; Lidel; pág. 205

Com o intuito de avaliar a consistência interna do CADI calculou-se o valor de *alfa de Cronbach* para o global do índice que revelou uma consistência interna muito boa $\alpha = 0,925$.

A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 120 pontos, e quanto maior pontuação maiores as dificuldades sentidas pelos inquiridos, sendo que a média teórica da escala corresponde a 75 pontos.

No fator *Problemas relacionais com o idoso* é possível obter uma pontuação máxima de 28 pontos tendo este fator uma média teórica no valor de 17,5 pontos.

No fator *Reações à prestação de cuidados* a pontuação máxima corresponde a 32, e uma média teórica de 20 pontos.

A pontuação máxima possível de ser obtida no fator *Exigências de ordem física na prestação de cuidados* é de 24, sendo que a média teórica é de 15 pontos.

No fator *Restrições na vida social* o valor máximo possível é de 12 pontos, e a média teórica é de 7,5 pontos.

Nos factores *Falta de apoio familiar*, *Falta de apoio profissional* e *Falta de apoio financeiro* o valor máximo possível é igual em ambos os fatores correspondendo a 8 pontos, com uma média teórica de 5 pontos.

No final da escala existe um espaço em branco para o inquirido descrever outras situações que considere pertinentes e que não tenham sido mencionadas anteriormente.

Na tabela 2 pode verificar-se que todos os factores do CADI se correlacionam entresi e com o global da escala. Pode ainda verificar-se que os fatores que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores informais no âmbito do cuidar no presente estudo são os *Problemas relacionais*, as *Reações ao cuidar* e as *Exigências do cuidar*.

Tabela 2- Correlação entre as pontuações dos fatores e a pontuação global do CADI

	Problemas Relacionais	Restrições Sociais	Exigências do Cuidar	Reações ao Cuidar	Apoio Familiar	Apoio Profissional	Problemas Financeiros	Dificuldades Globais
Problemas Relacionais	1,000							
Restrições Sociais	,413**	1,000						
Exigências no cuidar	,511**	,528**	1,000					
Reações ao Cuidar	,585**	,554**	,569**	1,000				
Apoio Familiar	,454**	,230*	,202*	,296**	1,000			
Apoio Profissional	,440**	,318**	,393**	,275**	,321**	1,000		
Problemas financeiros	,487**	,573**	,582**	,645**	,294**	,426**	1,000	
Dificuldades Globais	,777**	,691**	,785**	,826**	,504**	,540**	,754**	1,000

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Escala de Autoeficácia do Cuidador Informal de Idosos (EACII)

A EACII, desenvolvida por Steffen et al em 2002, adaptada e validada para a população portuguesa por Mata (2012) visa avaliar a autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes. Inicialmente foi desenvolvida para avaliar a autoeficácia dos cuidadores de pessoas portadoras de demência mas, posteriormente, tem sido aplicada a cuidadores de pessoas dependentes por uma outra causa que não a demência.

O instrumento é composto por vinte e dois itens, que integram cinco opções de resposta: *Nada capaz (0)*; *Pouco capaz (1)*; *Moderadamente capaz (2)*; *Bastante capaz (3)*; *Completamente capaz (4)*.

Os vinte e dois itens estão distribuídos por três dimensões que se apresentam na seguinte tabela (Mata, 2012):

Tabela 3- Dimensões da Escala de avaliação da Autoeficácia

Dimensões	N.º de itens	Questões correspondentes
Autoeficácia para obtenção de uma pausa	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	6	11, 12, 13, 14, 15, 16
Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar	6	17, 18, 19, 20, 21, 22

Fonte: Mata (2012). Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes

Com o intuito de avaliar a consistência interna da Escala de Autoeficácia do cuidador informal, calculou-se o valor de *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,799$) revelando uma boa consistência interna.

A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 88 pontos e, quanto maior for a pontuação maior o nível de autoeficácia do inquirido. A média teórica da escala corresponde a 44 pontos.

Na dimensão *Autoeficácia para obtenção de uma pausa* a pontuação máxima possível corresponde a 40 pontos e a média teórica de 20 pontos.

A pontuação máxima possível a ser obtida na dimensão *Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada* é de 24 pontos. Este fator possui uma média teórica de 12 pontos.

Na dimensão *Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar* a pontuação máxima possível corresponde a 24 e uma média teórica de 12 pontos.

Na tabela 4 pode verificar-se que todas as dimensões se correlacionam entre si e com o global da escala. Pode ainda verificar-se que a dimensão que melhor explica as variações da *Autoeficácia global* é a *Autoeficácia para a obtenção de uma pausa*.

Tabela 4- Correlação entre as dimensões e o global de autoeficácia do cuidador informal

	Autoeficácia para obtenção de uma pausa	Autoeficácia para responder a comportamentos	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia global
Autoeficácia para obtenção de uma pausa	1			
Autoeficácia para responder a comportamentos	,206*	1		
Autoeficácia para controlar pensamentos	-,150	,263**	1	
Autoeficácia global	,781**	,662**	,373**	1

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

4.1.6. Procedimentos de Tratamento de Dados

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences: PSAAW Statistics18* (SPSS), utilizando a seguinte metodologia de tratamento de dados:

- Para a caracterização da amostra dos cuidadores informais utilizou-se a estatística descritiva, com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão;
- Tendo em conta o tamanho da amostra, o estudo da normalidade das variáveis foi efetuado através do teste de Kolmogorov-Smirnov (tamanho amostral superior a 50 participantes);
- Estatística inferencial com recurso ao teste Kruskal- Wallis (mais que duas amostras independentes) e teste U de Mann Whitney (duas amostras independentes).

4.1.7. Operacionalização das Variáveis

Neste estudo são consideradas variáveis independentes, variáveis socio-demográficas (a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, trabalho, o grau de parentesco, agregado familiar e rendimentos) e as variáveis de caracterização do cuidador (pessoas a seu cargo, horas para cuidar, tempo de cuidado). Estas variáveis foram analisadas de acordo com a operacionalização apresentada no instrumento de recolha de dados, com excessão das seguintes, que se descrevem a seguir.

- Idade: variável medida através de questão aberta enquanto variável quantitativa discreta, posteriormente dicotomizada nos seguintes grupos etários: <65 anos vs ≥65 anos
- Habilitações literárias: variável avaliada por questão fechada e tratada como variável nominal com sete níveis, que mais tarde foram agrupados nos seguintes grupos:
 - Sem escolaridade,
 - Ensino básico,
 - Ensino secundário,

- Ensino superior.
- Grau de parentesco: variável avaliada por uma questão fechada, tratada como variável nominal com quinze opções de resposta, que mais tarde foram agrupadas da seguinte forma:
 - Progenitores;
 - Filha(o);
 - Cônjuge;
 - Nora(genro);
 - Outros
- Tempo disponível para cuidar: variável medida por questão fechada, operacionalizada em variável nominal de sete níveis, que mais tarde operacionalizada em dois:
 - Até 16 h
 - 16- 24 h
- Tempo de prestação de cuidados: avaliada em cinco grupos, operacionalizada posteriormente em dois:
 - ≤ 5 anos
 - > 5 anos

As variáveis dependentes correspondem à avaliação do Índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador e da Escala de Autoeficácia do Cuidador.

4.2. Participantes

Após a seleção da amostra, são aqui apresentadas as suas características sociodemográfica.

No entanto os dados obtidos, demonstram que os cuidadores apresentam uma idade média de 61,8 anos (mínimo 25, máximo 88) e o desvio padrão apresenta o valor de 13,4 anos de idade.

Dos 98 cuidadores que constituem a amostra, 3 têm idades entre os 25-34 anos (3,1%) e a maioria tem idades entre os 55-64 anos (24,5%) e 65-74 anos (24,5%).

A maioria da amostra pertence ao sexo feminino (n=65; 66,3%), sendo que 33,7% (n=33) são do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil 60,2% (n=49) são casados, 17,3% (n=17) são solteiros, seguindo os separados/divorciados com 15,3% (n=15) e por fim os viúvos como 7,1% (n=7).

A amostra apresenta um bom nível de escolaridade, verificando-se que 31,6% (n=31) dos cuidadores concluiu o 1º ciclo, 23,5% (n=23) frequentaram o ensino secundário, 18,4% (n=18) concluíram o 3º ciclo, seguindo-se os que frequentaram o ensino superior com 16,3% (n=16,3), 6,1% (n=6) finalizou o 2º ciclo de estudos e por fim com a mesma pontuação 2,0% (n=2) os cuidadores que não saber ler nem escrever e os que não concluíram o 1º ciclo.

Em relação à atividade profissional, 35,7% (n=35) dos cuidadores trabalha e 64,3% (n=63) não trabalha. Os que trabalham 2,0% (n=2) trabalha por conta própria e 33,7% (n=33) trabalha por conta de outrem.

As filhas têm a maior representatividade na prestação de cuidados com 24,5% (n=24), seguindo-se do filho com 19,4% (n=19) e as esposas com 17,3% (n=17). Os maridos e as mães seguem-se com a mesma pontuação de 8,2% (n=8), sendo que o que apresenta menor % é o genro com 1% (n=1).

Relativamente ao agregado familiar podemos verificar que 50,0% (n=49) é constituído por 2 elementos, 22,4% (n=22) é constituído por 3 elementos e apenas 1,0% (n=1) para os agregados constituídos por 8 e 9 elementos.

Por fim no que diz respeito ao rendimento dos cuidadores verificamos que 18,4% (n=18) ganha >800 euros, 16,3% (n=16) apresentam um rendimento entre 700-800 euros e 200-300 euros, sendo que a menos % é de 8,2 (n=8) que corresponde a 500-600 euros.

Tabela 5- Características sócio- demográficas dos cuidadores informais

Variáveis		N	%	Média±Desvio padrão	Min	Máx
Idade	25-34anos	3	3,1	61,8±13,4	25	88
	35-44anos	7	7,1			
	45-54anos	22	22,4			
	55-64anos	24	24,5			
	65-74anos	24	24,5			
	>=75 anos	18	18,4			
sexo	Masculino	33	33,7			
	Feminino	65	66,3			
Estado civil	Solteiro	17	17,3			
	Casado	49	60,2			
	Separado/ divorciado	15	15,3			
	Viúvo	7	7,1			
Hab. Literárias	Não sabe ler nem escrever	2	2			
	Não concluiu o 1º ciclo	2	2			
	1º ciclo	31	31,6			
	2º ciclo	6	6,1			
	3º ciclo	18	18,4			
	Ensino secundário	23	23,5			
Trabalho	Sim	35	35,7			
	Não	63	64,3			
Se trabalha	Conta própria	2	2			
	Conta outrem	33	33,7			
	NTR	63	64,3			
Parentesco	Mãe	8	8,2			
	Pai	2	2			
	Filha	24	24,5			
	Filho	19	19,4			
	Esposa	17	17,3			
	Marido	8	8,2			
	Nora	6	6,1			
	Genro	1	1			
	Amiga	3	3,1			
	Irmã	4	4,1			
	Irmão	2	2			
sobrinha	4	4,1				
Agregado familiar	1	8	8,2			
	2	49	50			
	3	22	22,4			
	4	11	11,2			
	5	3	3,1			
	6	3	3,1			
	8	1	1			
	9	1	1			
	Rendimentos	200-300 euros	16	16,3		
300-400 euros		12	12,2			
400-500 euros		15	15,3			
500-600 euros		8	8,2			
600-700 euros		13	13,3			
700-800 euros		16	16,3			
>800 euros		18	18,4			

As pessoas que os cuidadores têm a seu cargo variam entre 17,3% (n=17) correspondendo aos filhos, com a mesma percentagem apresentam-se como mais cuidados os maridos, seguindo-se os cuidados às mães com 12,2% (n=12).

No tempo disponível para cuidar, verificamos que maioritariamente 42 (42%) dos cuidadores cuidam entre 20-24 horas, 5,1% (n=5) cuidam entre 12-16 horas, sendo que com a mesma % existem os cuidadores que não apresentavam tempo de cuidado anterior.

Dos 98 cuidadores 52 responderam que cuidam do familiar < de 5 anos, 9,2% (n=9) cuidam à >=26 anos.

Tabela 6- Características do cuidar

Variáveis	N	%	
Pessoas a seu cargo	Filha	11	11,2
	Filho	17	17,3
	Esposa	10	10,2
	Marido	17	17,3
	Neto	2	2,0
	Neta	1	1,0
	irmã	2	2,0
	Irmão	2	2,0
	Sogra	4	4,1
	Sogro	2	2,0
	Pai	2	2,0
	Mãe	12	12,2
	Tio	1	1,0
	Tia	1	1,0
	outro	14	14,3
Horas para cuidar	1-4 horas	24	24,5
	4-8 horas	7	7,1
	8-12 horas	6	6,1
	12-16 horas	5	5,1
	16-20 horas	9	9,2
	20-24 horas	42	42,9
	outro	5	5,1
Tempo cuidado	<=5 anos	52	53,1
	6-10 anos	27	27,6
	11-15 anos	9	9,2
	16-20 anos	1	1,0
	>=26 anos	9	9,2

5. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados todos os dados obtidos pela aplicação dos instrumentos de recolha de dados tendo em vista a concretização dos objetivos previamente delineados.

5.1. Objetivo 1: Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado

A análise do CADI expressa na tabela 7 permite verificar que, globalmente, os cuidadores evidenciam valores médios de dificuldade inferiores à média teórica da escala tanto no global de dificuldades como em todas os seus fatores.

Tabela 7- Pontuações Teóricas e Observadas no CADI

Fatores	Média		Mínimo		Máximo	
	Teórica	Observada	Teórico	Observado	Teórico	Observado
Dificuldades Globais	75	53,1	30	30	120	108
Problemas Relacionais	17,5	10,5	7	7	28	26
Reações ao cuidado	20	14,1	8	8	32	30
Exigência no cuidar	15	11,7	6	6	24	24
Restrições sociais	7,5	5,8	3	3	12	12
Apoio Familiar	5	3,8	2	2	8	8
Apoio Profissional	5	3,4	2	2	8	14
Apoio Financeiro	5	3,8	2	2	8	7

Na tabela 8 podem verificar-se diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades globais ($p=0,012$), de restrições na vida social ($p=0,015$), de exigências de ordem física da prestação de cuidados ($p=0,027$), de reações à prestação de cuidados ($p=0,046$) e de problemas financeiros ($p=0,045$), segundo o sexo, verificando-se que as mulheres apresentam médias

de dificuldades mais elevadas quando comparadas com os homens. As maiores médias de dificuldades por parte das mulheres verificam-se de igual forma nos restantes fatores, apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 8- Médias do CADI segundo o sexo

		<i>n</i>	Média	Mann Whitney	<i>p</i>
Dificuldades_Global	Mas.	33	48,06		
	Fem.	65	55,65	740,0	0,012
Problemas_relacionais	Mas.	33	9,94		
	Fem.	65	10,75	919,5	0,243
Reações_cuidar	Mas.	33	12,73		
	Fem.	65	14,82	808,0	0,046
Exigências_cuidar	Mas.	33	10,30		
	Fem.	65	12,37	780,5	0,027
Restrições_sociais	Mas.	33	5,09		
	Fem.	65	6,23	753,5	0,015
Apoio_familiar	Mas.	33	3,33		
	Fem.	65	4,05	851,0	0,084
Apoio_profissional	Mas.	33	3,30		
	Fem.	65	3,45	1061,5	0,931
Problemas_financeiros	Mas.	33	3,36		
	Fem.	65	3,98	813,5	0,045

Os dados expressos na tabela 9 permitem verificar que as pessoas com idades inferiores a 65 anos evidenciam médias mais elevadas de dificuldades à exceção das médias observadas no fator de restrições na vida social onde as pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos obtiveram uma média de dificuldades ligeiramente superior às restantes. Com a aplicação do teste U Mann-Whitney verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades segundo os dois grupos estudados.

Tabela 9- Médias do CADI segundo a idade

		n	Média	Mann Whitney	p
Dificuldades_global	< 65 anos	56	54,6607	1086,0	0,518
	>= 65 anos	42	51,0000		
Problemas_relacionais	< 65 anos	56	10,9643	1075,5	0,464
	>= 65 anos	42	9,8333		
Reações_cuidar	< 65 anos	56	14,8393	934,5	0,082
	>= 65 anos	42	13,1429		
Exigências_cuidar	< 65 anos	56	11,6786	1094,0	0,554
	>= 65 anos	42	11,6667		
Restrições_sociais	< 65 anos	56	5,6964	1071,5	0,447
	>= 65 anos	42	6,0476		
Apoio_familiar	< 65 anos	56	4,1250	951,0	0,093
	>= 65 anos	42	3,3810		
Apoio_profissional	< 65 anos	56	3,5357	975,0	0,132
	>= 65 anos	42	3,2143		
Problemas_financeiros	< 65 anos	56	3,8214	1164,0	0,929
	>= 65 anos	42	3,7143		

Na tabela 10 pode-se verificar que no global da escala são os viúvos que apresentam médias mais baixas de dificuldades. Os viúvos obtiveram de igual forma médias mais baixas de dificuldades na falta de apoio profissional. Apesar disso a aplicação do teste Kruskal Wallis não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades entre os grupos analisados.

Tabela 10- Médias do CADI segundo o Estado civil

		n	Média	Qui- quadrado	p
Dificuldades_global	solteiro	17	56,70	3,095	0,377
	casado	59	53,05		
	separado/divorciado	15	53,27		
	viúvo	7	44,29		
	Total	98	53,09		
Problemas_relacionais	solteiro	17	11,18	3,552	0,314
	casado	59	10,37		
	separado/divorciado	15	11,13		
	viúvo	7	8,29		
	Total	98	10,48		
Restrições_sociais	solteiro	17	6,41	2,631	0,452
	casado	59	5,88		
	separado/divorciado	15	5,67		
	viúvo	7	4,57		
	Total	98	5,85		
Exigências_cuidar	solteiro	17	12,76	3,290	0,349
	casado	59	11,69		
	separado/divorciado	15	10,93		
	viúvo	7	10,43		
	Total	98	11,67		
Reações_cuidar	solteiro	17	15,12	3,951	0,267
	casado	59	14,07		
	separado/divorciado	15	14,53		
	viúvo	7	11,14		
	Total	98	14,11		
Apoio_familiar	solteiro	17	3,88	1,418	0,701
	casado	59	3,64		
	separado/divorciado	15	4,20		
	viúvo	7	4,14		
	Total	98	3,81		
Apoio_profissional	solteiro	17	3,59	4,839	0,184
	casado	59	3,54		
	separado/divorciado	15	3,00		
	viúvo	7	2,57		
	Total	98	3,39		
Problemas_financeiros	solteiro	17	3,76	0,842	0,839
	casado	59	3,85		
	separado/divorciado	15	3,80		
	viúvo	7	3,14		
	Total	98	3,78		

Na tabela 11 pode-se verificar que as pessoas que possuem o ensino secundário evidenciam médias mais elevadas de dificuldades globais, de problemas relacionais, de reações ao cuidar e dificuldades de apoio familiar. Por outro lado, nas restrições sociais, nas exigências do cuidar, no apoio profissional e nas questões financeiras, são os cuidadores que não possuem qualquer grau de escolaridade aqueles que evidenciam médias mais elevadas. A aplicação do teste de Kruskal-Wallis apenas comprovou a existências de diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades na falta de apoio profissional segundo os graus de escolaridade ($p=0,024$).

Tabela 11- Médias do CADI segundo as habilitações literárias

		n	Média	Qui- quadrado	p
Dificuldades_global	sem escolaridade	4	54,75	3,199	0,362
	ensino básico	55	53,23		
	ensino secundário	23	56,17		
	ensino superior	16	47,75		
	Total	98	53,09		
Problemas_relacionais	sem escolaridade	4	8,50	6,122	0,106
	ensino básico	55	10,60		
	ensino secundário	23	11,52		
	ensino superior	16	9,06		
	Total	98	10,47		
Restrições_sociais	sem escolaridade	4	6,50	3,070	0,381
	ensino básico	55	5,98		
	ensino secundário	23	5,96		
	ensino superior	16	5,06		
	Total	98	5,85		
Exigências_cuidar	sem escolaridade	4	13,25	4,432	0,218
	ensino básico	55	11,90		
	ensino secundário	23	12,00		
	ensino superior	16	10,00		
	Total	98	11,67		
Reações_cuidar	sem escolaridade	4	12,75	1,068	0,785
	ensino básico	55	14,09		
	ensino secundário	23	15,00		
	ensino superior	16	13,25		
	Total	98	14,11		
Apoio_familiar	sem escolaridade	4	2,50	4,089	0,252
	ensino básico	55	3,65		
	ensino secundário	23	4,26		
	ensino superior	16	4,00		
	Total	98	3,81		
Apoio_profissional	sem escolaridade	4	7,00	9,463	0,024
	ensino básico	55	3,16		
	ensino secundário	23	3,69		
	ensino superior	16	2,88		
	Total	98	3,39		
Problemas_financeiros	sem escolaridade	4	4,25	0,735	0,865
	ensino básico	55	3,84		
	ensino secundário	23	3,73		
	ensino superior	16	3,50		
	Total	98	3,78		

Ao comparar as médias de dificuldades, segundo quem desenvolve uma atividade profissional e quem não a desenvolve pode verificar-se na tabela 12 que são as pessoas que não trabalham que evidenciam médias mais elevadas de exigências de ordem física na prestação de cuidados. Por outro lado as pessoas que trabalham apresentam médias mais elevadas de dificuldades globais, de problemas relacionais com o idoso, de reações à prestação de cuidados e na falta de apoio familiar. Apesar disso a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades entre os dois grupos.

Tabela 12- Médias do CADI segundo o Trabalho

		<i>n</i>	Média	Mann Whitney	<i>p</i>
Dificuldades_global	sim	35	53,77	1066,0	0,787
	não	63	52,71		
Problemas_relacionais	sim	35	11,14	1000,0	0,441
	não	63	10,11		
Restrições_sociais	sim	35	5,54	990,0	0,398
	não	63	6,02		
Exigências_cuidar	sim	35	11,26	990,5	0,404
	não	63	11,90		
Reações_cuidar	sim	35	14,69	966,0	0,310
	não	63	13,79		
Apoio_familiar	sim	35	4,11	957,5	0,264
	não	63	3,63		
Apoio_profissional	sim	35	3,37	1086,0	0,898
	não	63	3,41		
Problemas_financeiros	sim	35	3,66	1021,0	0,534
	não	63	3,84		

Na tabela 13 pode-se verificar que no global da escala são os progenitores que apresentam médias mais elevadas de dificuldades. Os progenitores obtiveram de igual forma médias mais elevadas de dificuldades nas dimensões Reações à prestação de cuidados, Restrições na vida social, Exigências de ordem física da prestação de cuidados e Problemas financeiros. Apesar disso a aplicação do teste Kruskal Wallis não comprovou a existência de diferenças

estatisticamente significativas nas médias de dificuldades entre os grupos analisados.

Tabela 13- Médias do CADI segundo o Parentesco

		n	Média	Qui- quadrado	p
Dificuldades_global	progenitores	10	61,00	3,232	0,520
	filha(o)	43	53,53		
	cônjuge	25	51,92		
	nora(genro)	7	48,86		
	outros	13	50,08		
	Total	98	53,09		
Problemas_relacionais	progenitores	10	10,50	0,925	0,921
	filha(o)	43	10,84		
	cônjuge	25	10,12		
	nora(genro)	7	9,14		
	outros	13	10,69		
	Total	98	10,48		
Restrições_sociais	progenitores	10	7,30	5,016	0,286
	filha(o)	43	5,53		
	cônjuge	25	6,08		
	nora(genro)	7	5,57		
	outros	13	5,46		
	Total	98	5,85		
Exigências_cuidar	progenitores	10	15,00	5,519	0,238
	filha(o)	43	11,33		
	cônjuge	25	11,80		
	nora(genro)	7	10,57		
	outros	13	10,62		
	Total	98	11,67		
Reações_cuidar	progenitores	10	15,80	3,409	0,492
	filha(o)	43	14,79		
	cônjuge	25	12,68		
	nora(genro)	7	14,71		
	outros	13	13,00		
	Total	98	14,11		
Apoio_familiar	progenitores	10	3,90	6,115	0,191
	filha(o)	43	4,09		
	cônjuge	25	3,36		
	nora(genro)	7	2,86		
	outros	13	4,15		
	Total	98	3,81		
Apoio_profissional	progenitores	10	3,80	3,392	0,495
	filha(o)	43	3,28		
	cônjuge	25	3,84		
	nora(genro)	7	2,86		
	outros	13	2,92		
	Total	98	3,39		
Problemas_financeiros	progenitores	10	4,70	7,169	0,127
	filha(o)	43	3,67		
	cônjuge	25	4,04		
	nora(genro)	7	3,14		
	outros	13	3,23		
	Total	98	3,78		

Quando analisadas as médias de dificuldades segundo as horas de cuidado (tabela 14), verificou-se que as pessoas que prestam cuidados até 16 horas diárias evidenciam médias mais elevadas de dificuldades globais e em todas as dimensões de dificuldades à exceção das restrições sociais. A aplicação do teste U de Mann-Whitney comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de problemas relacionais ($p=0,032$) e de reações ao cuidar ($p=0,022$).

Tabela 14- Médias do CADI segundo as horas de cuidado

		<i>n</i>	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Dificuldades_global	Até 16 horas	47	55,96	1000,50	0,159
	16-24 horas	51	50,45		
Problemas_relacionais	Até 16 horas	47	11,57	901,50	0,032
	16-24 horas	51	9,47		
Restrições_sociais	Até 16 horas	47	5,53	1015,00	0,186
	16-24 horas	51	6,14		
Exigências_cuidar	Até 16 horas	47	11,85	1169,50	0,836
	16-24 horas	51	11,50		
Reações_cuidar	Até 16 horas	47	15,36	877,00	0,022
	16-24 horas	51	12,96		
Apoio_familiar	Até 16 horas	47	4,23	962,00	0,081
	16-24 horas	51	3,41		
Apoio_profissional	Até 16 horas	47	3,45	1143,00	0,681
	16-24 horas	51	3,35		
Problemas_financeiros	Até 16 horas	47	3,96	1068,50	0,342
	16-24 horas	51	3,61		

À exceção das dificuldades de apoio profissional, os cuidadores que cuidam há cinco anos ou menos apresentam médias mais elevadas tanto no global de dificuldades como nas restantes dimensões (tabela 15). Apesar disso, a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos dois grupos estudados.

Tabela 15- Médias do CADI segundo o tempo de cuidado

		<i>n</i>	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Dificuldades_global	≤ 5 anos	52	54,28	1119,5	0,586
	> 5 anos	46	51,74		
Problemas_relacionais	≤ 5 anos	52	10,67	1152,50	0,753
	> 5 anos	46	10,26		
Restrições_sociais	≤ 5 anos	52	6,00	1153,50	0,759
	> 5 anos	46	5,67		
Exigências_cuidar	≤ 5 anos	52	11,94	1155,00	0,769
	> 5 anos	46	11,37		
Reações_cuidar	≤ 5 anos	52	14,56	1055,50	0,316
	> 5 anos	46	13,61		
Apoio_familiar	≤ 5 anos	52	3,96	1069,50	0,350
	> 5 anos	46	3,63		
Apoio_profissional	≤ 5 anos	52	3,27	1173,00	0,864
	> 5 anos	46	3,54		
Problemas_financeiros	≤ 5 anos	52	3,88	1108,00	0,520
	> 5 anos	46	3,65		

5.2. Objetivo 2: Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais e estabelecer a sua análise segundo as variáveis de caracterização e de cuidado

A análise da Escala de Autoeficácia do cuidador informal expressa na tabela 16 permite verificar que, globalmente, os cuidadores evidenciam valores médios de autoeficácia inferiores à média teórica da escala tanto no seu global como em todas as suas dimensões, à exceção da dimensão responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, onde a média observada é superior à média teórica da dimensão.

Tabela 16- Pontuações Teóricas e Observadas na Escala de Autoeficácia do cuidador informal

Dimensões	Média		Mínimo		Máximo	
	Teórica	Observada	Teórico	Observado	Teórico	Observado
Autoeficácia Global	44	33,43	0	2	88	67
Obtenção para uma pausa	20	11,01	0	0	40	38
Responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	12	14,39	0	0	24	22
Controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar	12	7,99	0	0	24	24

Os dados expressos na tabela 17 permitem verificar que na dimensão autoeficácia para a obtenção de uma pausa e autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, bem como no global de autoeficácia as médias femininas são as mais elevadas. No entanto a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia entre os dois grupos.

Tabela 17- Médias da Escala de Autoeficácia segundo o sexo

		<i>n</i>	Média	Mann Whitney	<i>p</i>
Autoeficácia_Global	Mas.	33	31,52	909,5	0,220
	Fem.	65	34,40		
Autoeficácia_Pausa	Mas.	33	9,76	931,5	0,287
	Fem.	65	11,71		
Autoeficácia_Comportamentos	Mas.	33	14,24	1042,0	0,818
	Fem.	65	14,46		
Autoeficácia_Pensamentos	Mas.	33	7,52	888,5	0,165
	Fem.	65	8,23		

Na tabela 18 pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia segundo os grupos etários analisados. Apesar disso, a análise da tabela permite verificar que as pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos evidenciam médias mais elevadas de autoeficácia para enfrentar comportamentos inadequados da pessoa cuidada e de autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar. Por outro lado, as pessoas com idades inferiores a 65 anos evidenciam médias mais elevadas de autoeficácia para a obtenção de uma pausa no cuidar.

Tabela 18- Médias da Escala de Autoeficácia segundo a idade

		<i>n</i>	Média	Mann Whitney	<i>p</i>
Autoeficácia_global	< 65 anos	56	33,2679	1139,0	0,790
	>= 65 anos	42	33,6429		
Autoeficácia_pausa	< 65 anos	56	11,7143	1124,5	0,710
	>= 65 anos	42	10,1667		
Autoeficácia_comportamentos	< 65 anos	56	13,8036	1014,5	0,245
	>= 65 anos	42	15,1667		
Autoeficácia_pensamentos	< 65 anos	56	7,7500	1054,0	0,379
	>= 65 anos	42	8,3095		

Os dados expressos na tabela 19 permitem verificar que os viúvos apresentam médias mais baixas de autoeficácia global e nas restantes dimensões à exceção da autoeficácia para a obtenção de uma pausa no cuidar.

Apesar disso a aplicação do teste Kruskal Wallis não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 19- Médias da Escala de Autoeficácia segundo o estado civil

		<i>n</i>	Média	Qui- quadrado	<i>p</i>
Autoeficácia_global	solteiro	17	33,00	1,962	0,580
	casado	59	33,42		
	separado/divorciado	15	35,53		
	viúvo	7	30,00		
	Total	98	33,43		
Autoeficácia_pausa	solteiro	17	9,65	0,177	0,981
	casado	59	11,53		
	separado/divorciado	15	10,33		
	viúvo	7	12,00		
	Total	98	11,05		
Autoeficácia_comportamentos	solteiro	17	15,88	1,953	0,582
	casado	59	14,12		
	separado/divorciado	15	14,60		
	viúvo	7	12,57		
	Total	98	14,39		
Autoeficácia_pensamentos	solteiro	17	7,47	5,742	0,125
	casado	59	7,77		
	separado/divorciado	15	10,60		
	viúvo	7	5,43		
	Total	98	7,98		

Na tabela 20 pode-se verificar que apesar da aplicação do teste Kruskal Wallis não evidenciar diferenças estatisticamente nas médias de autoeficácia segundo a escolaridade, a análise da tabela permite verificar que no global de autoeficácia e na autoeficácia para a obtenção de uma pausa no cuidar, as médias mais elevadas são obtidas pelas pessoas que possuem o ensino superior, enquanto na autoeficácia para enfrentar comportamentos inadequados da pessoa cuidada e para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar, as médias mais elevadas foram obtidas pelas pessoas que não possuem qualquer grau de escolaridade.

Tabela 20- Médias da Escala de Autoeficácia segundo as habilitações literárias

		n	Média	Qui- quadrado	p
Autoeficácia_global	sem escolaridade	4	30,00	2,966	0,397
	ensino básico	55	33,42		
	ensino secundário	23	31,17		
	ensino superior	16	37,56		
	Total	98	33,43		
Autoeficácia_pausa	sem escolaridade	4	3,75	4,911	0,178
	ensino básico	55	10,55		
	ensino secundário	23	10,83		
	ensino superior	16	14,94		
	Total	98	11,05		
Autoeficácia_comportamentos	sem escolaridade	4	16,50	1,256	0,740
	ensino básico	55	14,71		
	ensino secundário	23	13,39		
	ensino superior	16	14,19		
	Total	98	14,39		
Autoeficácia_pensamentos	sem escolaridade	4	9,75	3,121	0,373
	ensino básico	55	8,16		
	ensino secundário	23	6,96		
	ensino superior	16	8,44		
	Total	98	7,99		

Ao comparar as médias de autoeficácia, segundo quem desenvolve uma actividade profissional e quem não a desenvolve pode verificar-se na tabela 21 que as pessoas que trabalham evidenciam médias mais elevadas de autoeficácia global, para a obtenção de uma pausa e para enfrentar comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Por outro lado as pessoas que não trabalham apresentam médias mais elevadas de autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar. Apesar disso a aplicação do teste U Mann-Whitney não comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia entre os dois grupos.

Tabela 21- Médias da Escala de Autoeficácia segundo o trabalho

		<i>n</i>	Média	Mann - Whitney	<i>p</i>
Autoeficácia_global	sim	35	34,34	1016,0	0,521
	não	63	32,92		
Autoeficácia_pausa	sim	35	12,63	957,0	0,278
	não	63	10,17		
Autoeficácia_comportamentos	sim	35	14,69	1017,0	0,525
	não	63	14,22		
Autoeficácia_pensamentos	sim	35	7,03	889,5	0,113
	não	63	8,52		

Na tabela 22, quando analisamos os dados obtidos, verificamos que são os progenitores que apresentam maiores níveis de autoeficácia global assim como na autoeficácia para obtenção de uma pausa. Com a aplicação do teste Kruskal Wallis observamos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,011$) na dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, na qual as noras/genros (média=15,57) bem como pessoas com outro parentesco (média=18,00) são os que apresentam médias mais elevadas.

Tabela 22- Médias de autoeficácia segundo o Parentesco

		<i>n</i>	Média	Qui- quadrado	<i>p</i>
Autoeficácia_global	progenitores	10	34,70	0,285	0,991
	filha(o)	43	33,95		
	cônjuge	25	32,16		
	nora(genro)	7	33,14		
	outros	13	33,31		
	Total	98	33,43		
Autoeficácia_pausa	progenitores	10	13,60	4,308	0,366
	filha(o)	43	12,67		
	cônjuge	25	8,76		
	nora(genro)	7	12,00		
	outros	13	7,62		
	Total	98	11,05		
Autoeficácia_comportamentos	progenitores	10	13,90	12,997	0,011
	filha(o)	43	12,95		
	cônjuge	25	14,84		
	nora(genro)	7	15,57		
	outros	13	18,00		
	Total	98	14,39		
Autoeficácia_pensamentos	progenitores	10	7,20	2,403	0,662
	filha(o)	43	8,33		
	cônjuge	25	8,56		
	nora(genro)	7	5,57		
	outros	13	7,69		
	Total	98	7,98		

Os dados expressos na tabela 23 permitem verificar que as pessoas que cuidam pelo menos 16 horas por dia evidenciam médias mais elevadas de autoeficácia global e em todas as dimensões da escala. A aplicação do teste U de Mann-Whitney comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada entre quem cuida até 16 horas por dia e quem cuida pelo menos 16 horas diariamente ($p=0,010$).

Tabela 23- Médias da Escala de Autoeficácia segundo as horas de cuidado

		<i>n</i>	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Autoeficácia_global	Até 16 horas	47	44,82	978,50	0,118
	16-24 horas	51	53,81		
Autoeficácia_pausa	Até 16 horas	47	47,86	121,50	0,582
	16-24 horas	51	51,01		
Autoeficácia_comportamentos	Até 16 horas	47	41,84	838,50	0,010
	16-24 horas	51	56,56		
Autoeficácia_pensamentos	Até 16 horas	47	47,50	1104,50	0,502
	16-24 horas	51	51,34		

Ao comparar as médias de autoeficácia, segundo os anos de cuidado podemos verificar na tabela 24 que as pessoas que cuidam há mais de cinco anos apresentam médias mais elevadas de autoeficácia global e também em todas as dimensões da escala que as que têm cinco anos ou menos de cuidado. A aplicação do teste U de Mann-Whitney comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia global ($p=0,038$) e de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ($p=0,008$) segundo os grupos estudados.

Tabela 24- Médias da Escala de Autoeficácia segundo o tempo de cuidado

		<i>n</i>	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Autoeficácia_global	≤ 5 anos	52	30,67	905,00	0,038
	> 5 anos	46	36,54		
Autoeficácia_pausa	≤ 5 anos	52	9,73	1014,00	0,193
	> 5 anos	46	12,54		
Autoeficácia_comportamentos	≤ 5 anos	52	13,21	823,50	0,008
	> 5 anos	46	15,71		
Autoeficácia_pensamentos	≤ 5 anos	52	7,73	1191,50	0,974
	> 5 anos	46	8,28		

6. Discussão dos Resultados

No presente estudo foram alvo de investigação noventa e oito cuidadores informais com idades compreendidas entre os 25 anos e os 75 ou mais anos, com uma média de idades de 61,8 anos, resultado concordante com os obtidos por Karsch (2003), Ferreira (2012) e Soares (2017) mas superior aos resultados obtidos por Mata (2012) e Pera (2012) que encontraram uma idade média de 58 anos. De salientar ainda que o grupo de cuidadores informais considerados idosos, ou seja entre os 65 e os 75 ou mais anos representam 42,9% da amostra, o que vai de encontro ao referido por Sequeira (2010), que afirma que com o envelhecimento demográfico aumenta o número de cuidadores idosos.

Em relação ao sexo do cuidador informal, verificamos que são as mulheres (66,3%) que assumem essa responsabilidade, resultado concordante com os dados expressos em vários estudos que comprovam a feminização do cuidado (Karsch, 2003; Garrido e Menezes, 2004; Santos, 2008; Félix, 2010; Sequeira, 2010; Nascimento, 2014; Cordeiro, 2011; Rodrigues, 2011; Mata, 2012; Pera, 2012; Ferreira, 2012; Soares, 2017).

No presente estudo o cuidado é assumido maioritariamente por casados (60,2%). Resultados semelhantes foram obtidos por Ferreira (2012) e Pera (2012). Mata, et al. (2012) e Nascimento (2014) verificaram de igual forma uma percentagem elevada de pessoas casadas que cuidam, com uma proporção superior à obtida no presente estudo (79,3% e 80,0% respetivamente).

A maioria dos cuidadores estudados (31,6%) possuem o 1º ciclo do ensino básico, 16,3% têm o ensino superior e 23,5% o ensino secundário, parecendo significar que o cuidado prestado por pessoas com baixos níveis de habilitações literárias está a mudar, assim como nos estudos de Parente (2017), Ricardo (2009), Martins (2013) e Mata (2012), que na sua amostra verificaram que existiam também cuidadores com ensino secundário e superior. No entanto, corroboram os resultados obtidos nos estudos de Pera (2012) e de Santos (2008).

Dos cuidadores informais estudados, 35,7% mantêm-se activos profissionalmente e 64,3% não têm actividade profissional, resultados opostos

ao do estudo de Pera (2012) que concluiu que 34,6% dos 52 cuidadores por si estudados eram ativos profissionalmente e 21,2% não possuíam atividade profissional, mas concordantes com os obtidos por Nascimento (2014), que concluiu que 60% dos cuidadores por si estudados se dedicavam apenas a tarefas domésticas.

Tendo como referência os estudos que têm sido mencionados ao longo desta discussão, também aqui os cuidadores são as filhas (24,5%) e os filhos (19,4%) da pessoa cuidada seguindo-se as esposas (17,3%) e os maridos (8,2%). Estes resultados vêm comprovar que, a família se encontra na primeira linha de prestação de cuidados, sendo muitas vezes a única base de suporte para os idosos dependentes (Garrido e Menezes, 2004; Félix, 2010; Rodrigues, 2011; Sequeira, 2010; Soares, 2017).

A presente investigação revelou que o agregado familiar mais frequente é o composto por dois elementos correspondendo a 50% da amostra, seguindo-se das famílias compostas por três elementos (22,4%). Na investigação de Mata (2012) o valor do agregado familiar composto por três elementos apresenta exatamente o mesmo percentual obtido no presente estudo (22,4%), sendo que o agregado com apenas dois elementos apresenta um valor relativamente mais baixo (38,4%).

No que concerne à prestação de cuidados verificamos uma maior prevalência nos cuidadores que prestam cuidados há 5 anos ou menos (53,1%). Na investigação realizada por Oliveira (2009), Nascimento (2014) e Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) obtiveram proporções semelhantes de cuidadores informais que tinham o mesmo tempo na prestação do cuidado. Pera (2012), obteve maior prevalência (75%) de cuidadores com 5 anos ou menos de cuidado. Também Mata (2012), obteve uma proporção de 72,1% da sua amostra que cuidava há menos de 5 anos. Por outro lado Lavoiz, Villarroel, Jaque e Caamaño (2009), concluíram que 76% dos cuidadores prestavam cuidados ao idoso dependente há cinco anos ou mais.

Relativamente às dificuldades no cuidado avaliadas através da aplicação do CADI, constatou-se que os noventa e oito cuidadores informais estudados,

alcançaram pontuações médias inferiores ao valor médio teórico da escala revelando assim níveis baixos de dificuldades.

Quando comparámos as médias obtidas no CADI com a idade dos cuidadores informais verificou-se que os indivíduos com idades inferiores a 65 anos evidenciaram médias mais elevadas de dificuldades em comparação com os indivíduos com idades superiores. No estudo de Pera (2012), também os indivíduos com idades inferiores a 65 anos mais precisamente entre os 40 e os 49 anos evidenciaram médias mais elevadas de dificuldades na maioria das suas dimensões.

Observou-se que é o sexo feminino que apresentou médias mais elevadas de dificuldades tanto no global da escala como em cada um dos seus fatores, evidenciando ainda valores estatisticamente significativos nos fatores dificuldades globais, reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física da prestação de cuidados e problemas financeiros, indo de encontro aos resultados encontrados por Pera (2012) e por Marques (2005), que concluíram que as mulheres comparativamente aos homens, apresentavam um elevado grau de dificuldades enquanto cuidadores informais.

No presente estudo, os solteiros apresentaram médias mais elevadas de dificuldades. Também Martins (2013) após ter agrupado o estado civil em dois grupos, o dos casados e que vivem em união de facto e os outros correspondendo aos solteiros, divorciados e viúvos, observou médias mais elevadas de dificuldades no segundo grupo. Por outro lado na investigação de Pera (2012) foram os separados que evidenciaram maiores níveis de dificuldades.

Os cuidadores informais sem escolaridade e os que têm ensino secundário apresentaram médias mais elevadas de dificuldades, evidenciando ainda valores estatisticamente significativos na dimensão de falta de apoio profissional. Pera (2012), no seu estudo concluiu de igual forma, que os cuidadores com estudos secundários evidenciavam médias mais elevadas de dificuldades na maioria das dimensões, sendo que Martins (2013) após ter agrupado os dados em dois grupos, o primeiro designado de sem escolaridade/ensino básico e o segundo grupo designado de ensino secundário/ensino superior, apesar de os

agrupar de forma distinta, concluiu que os cuidadores sem escolaridade/ensino básico apresentavam médias mais elevadas de dificuldades.

Os cuidadores que não desenvolvem uma atividade profissional apresentaram maiores dificuldades na prestação de cuidados, indo de encontro ao observado por Nascimento (2014), que concluiu que os cuidadores profissionalmente ativos apresentavam médias de dificuldades mais baixas que os inativos em todas as suas dimensões. Também Cordeiro (2011) e Brito (2000) obtiveram conclusões semelhantes.

No presente estudo os progenitores que apresentam médias mais elevadas no global da escala e nas dimensões restrições na vida social, exigências de ordem física da prestação de cuidados, reações à prestação de cuidados e problemas financeiros, seguindo-se as filhas com médias mais elevadas na dimensão de problemas relacionais com o idoso, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, corroborando os resultados obtidos por Cordeiro (2011), Pera (2012), Nascimento (2014) e Parente (2017). No estudo de Parente (2017) foram também as dimensões, reações à prestação de cuidados, restrições na vida social e falta de apoio familiar, aquelas onde os cuidadores apresentaram médias de dificuldade mais elevadas.

As médias obtidas no CADI segundo o número de horas que cada cuidador presta à pessoa cuidada, mostram que existem diferenças estatisticamente significativas nas reações à prestação de cuidados ao idoso e nos problemas relacionais entre quem presta até 16 horas de cuidado e quem o faz por mais horas, resultados concordantes com os obtidos por Cordeiro (2011), que concluiu que os cuidadores que cuidam 12 a 24 horas por dia apresentam também maiores dificuldades na dimensão reações à prestação de cuidados.

No que diz respeito aos anos de cuidado e ao CADI, verificamos que no presente estudo não existem diferenças significativas entre o tempo de prestação de cuidados e as dificuldades, resultados que vão ao encontro dos obtidos por Marques (2005) e Parente (2017). No entanto no presente estudo foi no fator de reações à prestação de cuidados que os cuidadores obtiveram médias mais elevadas correspondendo aos indivíduos que cuidam há cinco anos

ou menos, comparativamente àqueles que cuidam entre 16- 20 anos. Por outro lado no estudo de Parente (2017), no mesmo fator e nas exigências de ordem física na prestação de cuidados, falta de apoio profissional, problemas financeiro e dificuldades globais, são os indivíduos que cuidam há mais de 10 anos que apresentam médias mais elevadas.

No que concerne à Autoeficácia do cuidador informal verificou-se, no presente estudo, que os cuidadores estudados, alcançaram pontuações médias inferiores ao valor médio teórico da escala, à exceção da dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Também Mata (2012) concluiu, no estudo que desenvolveu junto de 232 cuidadores que a autoeficácia global apresentava uma média observada inferior à média teórica da escala.

Tal como observado por Mata (2012) e Nascimento (2014), não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia segundo a idade dos cuidadores. No entanto são os cuidadores com idades iguais ou superiores a 65 anos aqueles que apresentaram médias mais elevadas de autoeficácia.

Ao contrario dos resultados obtidos no estudo de Mata (2012), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na autoeficácia segundo o sexo e estado civil. Aquela autora concluiu que os cuidadores do sexo feminino e os casados evidenciavam elevados níveis de autoeficácia global, autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e autoeficácia para a obtenção de uma pausa.

Verificamos ainda que os cuidadores sem escolaridade apresentavam níveis mais baixos de autoeficácia global, resultados concordantes com os obtidos por Nascimento (2014). Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, são os cuidadores sem escolaridade seguindo-se os cuidadores com ensino básico, que evidenciaram melhores níveis de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Mata (2012) concluiu a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia segundo a escolaridade nas dimensões autoeficácia

global e autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

Os cuidadores que mantêm uma actividade profissional evidenciaram médias mais elevadas de autoeficácia, não apresentando diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das suas dimensões. No estudo levado a cabo por Mata (2012), foram igualmente os cuidadores com actividade profissional que apresentaram médias mais elevadas de autoeficácia, não verificando também diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado no estudo de Nascimento (2014) observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão autoeficácia para obtenção de uma pausa.

Quando comparadas as médias de autoeficácia com o grau de parentesco, verificamos que os progenitores apresentaram médias mais elevadas no global da escala, assim como na dimensão de autoeficácia para a obtenção de uma pausa. No presente estudo, com diferenças estatisticamente significativas, as pessoas com outros parentescos obtiveram médias mais elevadas de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Apesar de em dimensões diferentes também Mata (2012), encontrou no seu estudo diferenças estatisticamente significativas nas médias de autoeficácia global segundo o parentesco.

Quando se compararam as médias de autoeficácia segundo os anos de cuidado, obtivemos diferenças estatisticamente significativas no global de autoeficácia e na dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, ao contrario de Mata (2012) e de Nascimento (2014), que não observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum tipo de autoeficácia.

Conclusões

O presente estudo foi realizado no concelho da Amadora aos cuidadores informais de idosos dependentes utentes da UCCISF da SCMA e aos cuidadores dos idosos que recebiam apoio domiciliário da SCMA.

O total da amostra correspondeu a noventa e oito cuidadores informais, havendo uma maior prevalência do sexo feminino, casadas, filhas da pessoa cuidada, com bom nível de escolaridade e em média com 62 anos.

De acordo com o Plano de Ação da UCCISF (2017), consultado a Abril de 2017, os idosos alvo de cuidados, predominam os de idade avançada (77% com >65 anos e 23% com <65 anos), do sexo feminino (51%) com grau de dependência de 93%. As principais causas de dependência dos utentes internados na UCCISF a nível de patologias são as doenças cerebrovasculares (37%), doenças neuromusculares (13%) e paralesia cerebral (10%).

Verificamos um percentual significativo de cuidadores informais também eles idosos, o que, justifica o baixo número de cuidadores informais profissionalmente activos, verificando-se ainda que são os que se mantêm activos profissionalmente que apresentam mais dificuldades no fator reações à prestação de cuidados do CADI e revelam médias mais elevadas na dimensão da autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

A prestação de cuidados, pode ser medida no tempo em dias, meses ou anos, sendo que os cuidadores informais estudados o são relativamente há pouco tempo (5 anos ou menos), mas prestam maioritariamente cuidados 20-24 horas por dia. Concluimos ainda que os prestadores de cuidados que prestam menos de 16 horas de cuidado por dia revelam maiores dificuldades na dimensão reações à prestação de cuidados e na de problemas relacionais.

Podemos ainda concluir que as razões apontadas para se assumir o papel de cuidador informal estão sobretudo ligadas ao grau de parentesco. Isto deve-se sobretudo à particularidade de serem as filhas/os e a esposa os maiores cuidadores informais dos idosos cuidados.

Constatou-se ainda que quando comparadas as idades dos cuidadores com o CADI, são os cuidadores <65 anos que apresentam maiores níveis de dificuldades à exceção da dimensão restrições na vida social em que são os cuidadores com idade ≥ 65 anos que apresentam médias mais elevadas.

Contatamos ainda que quanto maior for a idade do cuidador maiores as dificuldades de apoio familiar e de apoio profissional.

Os cuidadores evidenciam valores médios de autoeficácia baixos, à exceção da dimensão responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, onde os níveis de autoeficácia encontrados foram mais elevados que a média teórica da escala.

Constatamos ainda que a escolaridade do cuidador não determina a sua autoeficácia, pois são os cuidadores sem escolaridade que apresentam maiores níveis de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

Também verificamos que na autoeficácia segundo as variáveis de caracterização e de cuidado, os cuidadores que prestam cuidados há mais cinco anos apresentam uma média mais elevada de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, correspondendo aos cuidadores.

Tendo em conta tudo o que foi exposto, é importante pensarmos nas consequências que o cuidar acarreta para os indivíduos que cuidam, pois só assim é possível estabelecer um plano de cuidados à família na sua globalidade. É imprescindível que tanto a comunidade, como a família e as próprias pessoas alvo de cuidados, se envolvam na problemática da assistência à pessoa em situação de dependência e que permanece no seu ambiente familiar. É fundamental que os cuidadores informais, ganhem capacidades e ferramentas suficientes para lidarem com as situações incapacitantes dos seus entes, atendendo às repercussões negativas que o cuidado informal pode acarretar para quem o presta. Entende-se, assim, que é urgente que o estatuto do cuidador informal de pessoas dependentes seja publicado de forma a que, legalmente, estes cuidadores sejam efetivamente entendidos como um recurso

essencial existente na comunidade e, cuja ação concorre para a redução dos gastos em saúde e de apoio social.

É importante que o sistema formal de cuidados direcione também as suas intervenções para os reais problemas destes cuidadores informais. Só com a identificação das dificuldades dos cuidadores, é que os profissionais tanto da saúde como de apoio social, conseguirão identificar e planear medidas de intervenção junto desses cuidadores que contribuam para uma boa prática dos cuidados.

Também o estudo da autoeficácia do cuidador se revela de particular interesse, dado que a identificação de áreas de maior necessidade de intervenção permitirá uma ação direcionada para aquelas onde os cuidadores se revelem mais deficitários.

Cada vez mais os cuidadores informais recorrem aos recursos existentes na RNCCI, que constitui uma resposta para os utentes quer ao nível de cuidados diários, reabilitação e manutenção quer ao nível da segurança, vigilância e como referido anteriormente, descanso do cuidador. A RNCCI dispõe de equipas multidisciplinares, com vários profissionais tanto da área da saúde como social, que asseguram os cuidados necessários aos utentes e respondem também às necessidades dos prestadores de cuidados - rede de suporte informal - fundamentais na prestação de cuidados.

Este apoio, promove intervenções adequadas por parte dos profissionais, que se tornam importantes no apoio ao cuidador para que este preste o melhor cuidado possível. Como referido por vários estudiosos, as estratégias interventivas devem ser articuladas e desenvolvidas em parceria pelos técnicos de saúde e serviço social, de modo a possibilitarem ao cuidador a aquisição de conhecimentos, técnicas, estratégias e competências que assegurem tanto seu bem-estar como o da pessoa cuidada.

Limitações do estudo e sugestões futuras

Uma das limitações identificada no presente estudo prend-se com o tamanho da amostra bem como com o processo de amostragem utilizado. De facto, a utilização de uma amostra aleatória e de maior dimensão poderiam conduzir a resultados que, à posteriori pudessem ser extrapolados. Assim, os resultados obtidos no presente estudo apenas podem ser entendidos na realidade que foi estudada.

No entanto a pertinência de estudos que envolvam cuidadores informais mantém-se e, atendendo ao contínuo envelhecimento da população com conseqüente aumento dos casos de dependências e incapacidades, o desenvolvimento de estudos envolvendo cuidadores informais revela-se cada vez de maior pertinência.

Atendendo ao tempo em que foi desenvolvido o estágio e, pelo facto de ainda não terem sido trabalhados os dados recolhidos, não foi possível desenvolver um projeto de intervenção junto dos cuidadores com base nos resultados obtidos. Assim, sugere-se o desenvolvimento do estudo em simultâneo com o período de estágio, permitindo desta forma, a elaboração de um projeto de intervenção com objetivo de diminuir as dificuldades e aumentar os níveis de autoeficácia dos cuidadores informais.

Referências Bibliográficas

1. Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Minho: Editora Universidade do Minho
2. Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998)
3. Brito, M. L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos - Dissertação de mestrado*. Obtido em Maio de 2018, de Repositório aberto da Universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>
4. Carranza, H. J., & Torrejon, M. C. J. (2005). *Atención Farmacéutica en geriatría*. In L. E. M. Núñez & H. J. Carranza (eds.), *Apoyo y orientación al cuidador*. Madrid: Elsevier
5. Cordeiro, L. A. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga - Dissertação de mestrado*. Obtido em junho de 2017, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1665/1/CORDEIRO%20Luis%20Alexandre%20Gon%C3%A7alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
6. Fonseca, A. M (2005). *Aspetos psicológicos da passagem à reforma*. In: C. Paul, e A. M. Fonseca (Eds.), *envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
7. Félix, A. M. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar - Dissertação de doutoramento*. Obtido em Setembro de 2017, de Repositório Institucional - Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3886>
8. Ferreira, S. M. (2008). *Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer - Dissertação de mestrado*. Obtido em Maio de 2017, de Repositório institucional da Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3288>
9. Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

20. Garcia, J. (2010). *Los tiempos del cuidado El impacto de la dependência de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSER-SO. Obtido em outubro de 2017, em: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
10. Garrido, R. e Menezes, P. R. (2004). *Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico*. Obtido em Abril de 2018, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil
11. Gomes J. M., & Mata A. (2017). *A família provedora de cuidados ao idoso dependente*. In Pereira, F. (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 2ªed. Viseu: Psicossoma
12. Gutierrez, D. & Minayo, M. (2008). *Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário*. Trabalho apresentado no Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, Florianópolis. Obtido em setembro de 2017 em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf
13. Karsch, U. M (2003). *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 861-866
14. Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar- Dissertação de mestrado*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo
15. Lavoiz, E., Villarroel, V., Jaque, R. & Caamaño, P. (2009). *Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes*. Redalyc. vol. 18, no1, p.69-79
16. Lima, P.M. (2010). *Envelhecimento (s). Estado de arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
17. Marques, S. (2005). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral - Dissertação de mestrado*. Obtido em Março de 2018: [https://scholar.google.pt/scholar?q=36.%09Marques,+S.+\(2005\).+Os+cuidadores+informais+de+doentes+com+acidente+vascular+cerebral&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.pt/scholar?q=36.%09Marques,+S.+(2005).+Os+cuidadores+informais+de+doentes+com+acidente+vascular+cerebral&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
18. Martins, C. S. G. (2013). *As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso – Dissertação de mestrado*. Obtido em abril

- 2018, de repositório institucional do Instituto Politécnico da Guarda:
<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/2253/1/E%20Com%20-%20Carla%20S%20G%20Martins.pdf>
19. Mata, M. A. (2012). *Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes- Dissertação de Doutoramento*. Obtido em outubro de 2017, de Universidade de Salamanca:
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA_PereiradaMataMar%C3%ADa_Tesis.pdf
20. Mata, A. & Rodrigues T. V., (2017). *Autoeficácia do cuidador informal de idosos*. In Pereira, F. (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 2ªed. Viseu: Psicossoma
21. Medeiros, F. (2010). *Um mar de possibilidades: a medicina no passado, presente e futuro*. Brasil: Biblioteca 24 horas, (2).
22. Nascimento, M.S. (2014). *Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela- Dissertação de mestrado*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde
23. Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2002). *O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais*. In E. V. Freitas & col. (eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
29. Oliveira, A. L. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Obtido em fevereiro de 2018, de Repositório Institucional Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3295>
24. Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
25. Parente, I. M. C. (2017). *Um olhar sobre quem Cuida: Dificuldades e resiliência do cuidador informal – Dissertação de mestrado*. Obtido em abril 2018, de Repositorio do instituto politécnico de Bragança:
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14684/1/Isabel%20Maria%20Conde%20Parente.pdf>
26. Pera, L. F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes - Dissertação de mestrado*. Obtido em Outubro de 2017, de Biblioteca Digital do IPB:

- <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Relatorio%20de%20Estágio%20-%20Lídia%20Pera.pdf>
27. Pereira, F. (2017). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. 2^o ed, Viseu, psicossoma
28. Paúl, C., & Fonseca, M. A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1^a ed. Lisboa: Editora Climepsi Editores
29. Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores. Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior – Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2018, de Universidade da Beira Interior: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1534/dificuldaesenecessi.pdf>
30. Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicológica da Saúde*. Porto: Editora Livpsic.
31. Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande – Dissertação de mestrado*. Obtido em Maio de 2018, de Repositório Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
32. Rodrigues, A. P. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise - Dissertação de mestrado*. Obtido em Abril de 2018, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1516/1/RODRIGUES%20Ana%20Paula%20Ferreira%20Coelho%2c%20Estrat%C3%A9gias%20coping%20cuidador%20informal.pdf>
33. Santos, C. F. P. (2000). *A depressão no idoso - estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Editora: Quarteto
34. Santos, S. M. A. (2003). *O cuidador em ambiente familiar de idosos com demências: um enfoque qualitativo em famílias de origem Nipo Brasileira – Dissertação de Doutoramento*. S. Paulo: Universidade Estadual de Campinas
35. Santos, D. I. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã -*

- Dissertação de Mestrado*. Obtido em novembro de 2017, de Repositório Universidade Aberta: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/732>
36. Sarmiento, E. Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*. Coimbra: 1a ed. Formasau
37. Sequeira, C (2010). *Cuidar de Idosos: com dependência física e mental*. Porto: Lide
38. Soares, G. M. C. (2017), *A sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com demência – Projeto de apoio ao cuidador– Dissertação de mestrado*. Obtido em abril de 2018, de Repositório institucional do instituto univercitario de Lisboa: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15600/1/goreti_costa_soares_diss_mestrado.pdf
39. Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em familiar: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Ambar
40. Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self- Efficacy: Realibility and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol 57B*
41. Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomia en la vejez*. Barcelona: Editorial Aresta SC
42. Vono, E. Z. (2009). *Bem no Mal de Alzheimer*. São Paulo: Editora Senal

ANEXOS

Anexo I: Identificação dos Cuidadores Informais

Dia	Hora	Utente	Familiar	Feito	Cuidador Informal	
					Sim	Não

Anexo II: Consentimento Informado



TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro ter recebido da Educadora Social Carla Alexandra Ribeiro Pereira, aluna do Mestrado de Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, todos os esclarecimentos acerca do estudo que de momento realiza em contexto de estágio na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Sagrada Família. Nele pretende estudar as dificuldades dos Cuidadores informais e avaliar a sua autoeficácia.

Tenho conhecimento de que as informações serão recolhidas através de uns instrumentos de avaliação não invasivos, sendo confidenciais.

Deste modo disponibilizo-me a colaborar voluntariamente no preenchimento dos instrumentos.

(O Cuidador Informal)

Anexo III: Instrumentos de recolha de dados



Questionário de caracterização do cuidador

Questionário nº:

Dados socio- demográficos

1- Idade: _____

2 – Género: M _____ F _____

3- Estado civil:

Solteiro _____ Casado _____ Separado/divorciado _____ Viúvo _____

4- Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever _____

Não concluiu o 1º ciclo do ensino básico _____

1º ciclo do ensino básico _____

2º ciclo do ensino básico _____

3º ciclo do ensino básico _____

Ensino secundário _____

Ensino superior _____

5. Trabalha? Sim _____ Não _____

5.1-Se sim: NTR _____ Trabalha por conta própria _____ Trabalha por conta de outrem _____

Outra: _____

6-Parentesco

Mãe _____ Pai _____ Filha _____ Filho _____ Esposa _____ Marido _____ Nora _____ Genro _____ Amiga _____ Irmã _____

Irmão _____ Sobrinha _____ Sobrinho _____

7 - Constituição do agregado familiar:

8- Nível socioeconómico:

200-300€ _____ 300-400€ _____ 400-500€ _____ 500-600€ _____ 600-700€ _____ 700-800€ _____ Outro _____

9. Pessoas que tem a seu cargo:

Filha _____ Filho _____ Esposa _____ Marido _____ Neto _____ Neta _____ Irmã _____ Irmão _____ Sogra _____ Sogro _____

Pai _____ Mãe _____ Tio _____ Tia _____ Outro: _____

10. Tempo disponível que tem para cuidar?

1-4h _____ 4- 8h _____ 8-12h _____ 12-16h _____ 16-20h _____ 20- 24h _____ Outro _____

11. Há quanto tempo cuida do seu familiar?

≤ de 5 anos _____ 6-10 anos _____ 11- 15 anos _____ 16- 20 anos _____ ≥ a 26 anos _____

CADI (Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados)

		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
Prestar cuidados pode ser difícil porque:			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde e acção social (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				

22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				
	Outras dificuldades:				

ESCALA DE AUTO – EFICÁCIA DO CUIDADOR

Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa		Nada capaz	Pouco capaz	Moderadamente capaz	Bastante capaz	Completamente capaz
		0	1	2	3	4
Questão: Em que medida se sente capaz de:						
1	pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
2	pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
3	pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
4	pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
5	pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?					
6	pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?					
7	pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
8	pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
9	pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
10	pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
Auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada		0	1	2	3	4
11	Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?					
12	Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?					

13	Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)					
14	Se o seu familiar lhe o insulta, em que medida será capaz de lhe responder-lhe sem elevar a voz?					
15	Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejecções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?					
16	Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?					
Auto – eficácia para a controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar		0	1	2	3	4
Questão: Em que medida seria capaz de controlar						
17	ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?					
18	ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?					
19	ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?					
20	ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar					
21	ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar					
22	sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar					