

**Relação entre empatia e sobrecarga em cuidadores informais de uma  
pessoa idosa**

**Joana Eduarda Fernandes Oliveira**

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para a  
obtenção do Grau de Mestre em Educação Social*

**Orientada por**

**Professora Doutora Ana Raquel Russo Prada**

**Bragança, 2021**

**Relação entre empatia e sobrecarga em cuidadores informais de uma  
pessoa idosa**

**Joana Eduarda Fernandes Oliveira**

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para a  
obtenção do Grau de Mestre em Educação Social*

**Orientada por**

**Professora Doutora Ana Raquel Russo Prada**

**Bragança, 2021**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar queria agradecer aos meus pais e aos meus irmãos, que foram o meu maior apoio e pilar ao longo destes anos.

Aos meus professores, tanto da Escola Superior de Educação de Bragança como da Escola Superior de Educação de Coimbra, que contribuíram para a minha formação.

Em especial à Doutora Ana Prada por me motivar com este tema e nunca me deixar desamparada.

Aos meus queridos avós que, com eles, tanto aprendi e também me mostraram que a Gerontologia e a Educação Social são muito mais do que duas áreas.

A todos os meus amigos e a todas as pessoas que me acompanharam ao longo desta caminhada, o meu mais sincero obrigado.

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Lista de abreviaturas</b> .....	<b>vii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>viii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ix</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Capítulo I - Enquadramento teórico</b> .....	<b>1</b>
1. Cuidar de uma pessoa idosa no contexto domiciliário .....	<b>1</b>
1.1. Ser cuidador informal .....	<b>1</b>
1.2. Pessoa dependente e prestação de cuidados .....	<b>3</b>
1.3. Dificuldades no Cuidar .....	<b>4</b>
1.4. Habilidades sociais .....	<b>13</b>
1.5. Empatia: conceito e revisão de estudos .....	<b>17</b>
<b>Capítulo II – Investigação Empírica</b> .....	<b>24</b>
2.1. Questão-problema e objetivos .....	<b>24</b>
2.2. Metodologia.....	<b>25</b>
2.2.1. Tipo de estudo .....	<b>25</b>
2.2.2. População e amostra .....	<b>25</b>
2.2.3. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas .....	<b>26</b>
2.3. Instrumentos de recolha de dados.....	<b>26</b>
2.3.1. Inquérito por questionário .....	<b>27</b>
2.3.2. Índice de Barthel.....	<b>28</b>
2.3.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador .....	<b>28</b>
2.3.4. Índice de Reatividade Interpessoal .....	<b>30</b>
2.4. Análise de tratamento dos dados .....	<b>31</b>
2.5. Apresentação dos resultados.....	<b>32</b>
2.5.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.....	<b>32</b>

2.5.2. Caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa cuidada.....	35
2.5.3. Caracterização do contexto de prestação de cuidados.....	36
2.5.4. Caracterização dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais .....	39
2.5.5. Caracterização dos níveis de empatia dos cuidadores informais.....	49
2.5.6. Relação entre os níveis de sobrecarga e empatia dos cuidadores.....	56
<b>Considerações finais .....</b>	<b>64</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>68</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>75</b>
Anexo 1 - Pedido de Autorização para utilização da versão portuguesa do Índice de Reatividade Interpessoal de Davis.....	76
Anexo 2 - Pedido de Autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada para a população portuguesa.....	77
Anexo 3 - Pedido de Autorização para utilização do Índice de Barthel.....	78
Anexo 4 - Inquérito por Questionário. ....	79

## Índice de tabelas

Tabela 1. Pontos de corte no Índice de Barthel (Araújo et al., 2007).....	28
Tabela 2. Dimensões da escala ESC e respectivas subescala e Alfa de Cronbach neste estudo.....	30
Tabela 3. Subescalas da escala IRI e consistência interna. ....	31
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos CI.....	34
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa idosa cuidada. ....	36
Tabela 6. Distribuição das respostas dos CI na escala ESC global e nas dimensões que compõem. ....	41
Tabela 7. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional). ....	45
Tabela 8. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo às características sociodemográficas e clínicas da pessoa cuidada .....	46
Tabela 9. Correlação entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de sobrecarga dos CI na ESC. ....	47
Tabela 10. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio no cuidado e à coabitação com a pessoa cuidada. ....	48
Tabela 11. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio informal. ....	49
Tabela 12. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio através do SAD. ....	49
Tabela 13. Valores médios e desvio padrão por fatores e na pontuação global da escala IRI.....	50
Tabela 14. Comparação dos níveis de empatia atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional). ....	52
Tabela 15. Comparação dos níveis de empatia às características sociodemográficas da pessoa cuidada (sexo e idade) e às características clínicas (grau de dependência e diagnóstico de demência). ....	53
Tabela 16. Correlação entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de empatia na IRI e nos distintos fatores. ....	54

Tabela 17. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio no cuidado e à coabitação com a pessoa cuidada. ....	55
Tabela 17. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio informal. ....	55
Tabela 19. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio através do SAD. ....	56
Tabela 20. Correlações não paramétricas entre as pontuações globais e as dimensões das escalas ESC e IRI. ....	57

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Modelo Organizacional de Davis (1996). .....	20
Figura 2. Caracterização etária dos CI deste estudo. ....	33
Figura 3. Caracterização dos CI em função do distrito de residência. ....	35
Figura 4. Relação do CI com a pessoa idosa cuidada. ....	37
Figura 5. Coabitação do CI com a pessoa idosa cuidada. ....	37
Figura 6. Duração da prestação de cuidados. ....	38
Figura 7. Caracterização dos tipos de apoio prestados pelos CI no cuidado à pessoa idosa. .....	38
Figura 8. Apoios informais e formais recebidos pelos CI no desempenho das suas funções. .....	39
Figura 9. Níveis de sobrecarga dos CI na escala ESC. ....	44
Figura 10. Valores médios obtidos na escala IRI nos diferentes itens que a compõem. ....	50

## Lista de abreviaturas

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diárias
CD	Centro de Dia
CF	Cuidador Formal
CI	Cuidador Informal
CRA-D	Caregiver Reaction Assessment - Dutch
DP	Desconforto Pessoal
EC	Expetativas Face ao Cuidar
EQ	Empathy Quotient
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
F	Fantasia
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPC	Impacto na Prestação de Cuidados
IRI	Índice de Reatividade Interpessoal
PA	Perceção de Autoeficácia
PcD	Pessoa com Demência
PE	Preocupação Empática
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
QAF	Questionário de Atividades Funcionais
QASCI	Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal
QCAE	Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy
RCAAP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
RI	Relação Interpessoal
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TP	Tomada de Perspetiva

## Resumo

O presente estudo procurou analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do cuidador informal (CI), o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada, as dimensões do cuidado e os níveis de sobrecarga e de empatia do CI e os níveis de empatia e de sobrecarga percebida pelo CI. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados um inquérito por questionário, o Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), a Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) e o Índice de Reatividade Interpessoal (Limpo et al., 2010). A amostra não probabilística inclui 85 CI de uma pessoa idosa, residentes em Portugal, maioritariamente do sexo feminino (94,12%), casados ou em união de facto (60,0%), empregados (61,18%) e cuja média de idades é de 52,68 anos. De referir ainda que 40% dos participantes possuem um curso superior. A maioria das pessoas idosas cuidadas é do sexo feminino (71,76%), sendo a média de idades de 85,07 anos. Neste estudo 58,82% das pessoas cuidadas apresentam uma síndrome demencial e todas se encontram numa situação de dependência. Os resultados demonstram que os CI mais jovens (com idades de 19 aos 29 anos) evidenciam menores níveis de sobrecarga, e que quanto maior é a idade do CI, maiores são os níveis globais de sobrecarga. Cuidadores de uma pessoa idosa de menor idade apresentam menores níveis de sobrecarga. Destaca-se ainda deste estudo que CI com idades de 74 a 84 anos de idade apresentam menores níveis de empatia. O perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada não se relaciona com a capacidade empática dos CI. A existência de apoio informal está associada a menores níveis de sobrecarga e de empatia, enquanto a existência de apoio formal ao nível do Serviço de Apoio Domiciliário se associa a maiores níveis de sobrecarga e a menores níveis de empatia nos CI. Conclui-se ainda que CI com maiores níveis globais de empatia e, em particular, de empatia cognitiva, se caracterizam pela presença de menores níveis de sobrecarga. Estes resultados são analisados atendendo ao papel do Educador Social na intervenção com o CI de uma pessoa idosa em situação de dependência.

**Palavras-chave:** Cuidador Informal; Habilidades sociais; Empatia; Sobrecarga; Pessoa dependente; Educação Social

## Abstract

This study aims to analyze the relationship between the sociodemographic profile of the informal caregiver (IC), the sociodemographic and clinical profile of the person being cared for, the dimensions of care and the levels of burden and empathy of the IC and the levels of empathy and burden perceived by the CI. Data was gathered by a questionnaire survey, the Barthel Scale (Araújo et al., 2007), the Zarit Caregiver Burden Scale (Sequeira, 2007) and the Interpersonal Reactivity Index (Limpo et al. 2010). The non-probabilistic sample includes 85 IC of an elderly person, residing in Portugal, mostly female (94,12%), married or in a fact union (60,0%), employed (61,18%) and whose average of ages is 52,86 years. It should also be noted that 40% of participants have a college degree. Most elderly people cared for are female (71,76%), with an average age of 85,07 years. In this study, 58,82% of the people cared for have a dementia syndrome and all are in a situation of dependence. The results demonstrate that younger ICs (aged 19 to 29 years) show lower levels of burden, and that the older the IC is, the higher the overall levels of burden. Caregivers of a younger elderly person have lower levels of burden. It is also noteworthy from this study that IC aged 74 to 84 years old have lower levels of empathy. The sociodemographic and clinical profile of the person being cared for is not related to the IC's empathic capacity. The existence of informal support is associated with lower levels of burden and empathy, while the existence of formal support at the Home Support Service is associated with higher levels of burden and lower levels of empathy in ICs. Results also show that IC with higher global levels of empathy and, in particular, cognitive empathy, have lower levels of overload. These results are analyzed considering the role of the Social Educator in the intervention with the IC of an elderly person in a situation of dependency.

**Keywords:** Informal Caregivers; Social skills; Empathy; Burden; Dependent person; Social Education.

## **Introdução**

Com o aumento da longevidade assiste-se a um incremento do número de doenças crónicas e neurodegenerativas associadas ao processo de envelhecimento, entre as quais as síndromes demenciais (Ferreira et al., 2020; van Knippenberg et al., 2016). O aumento de doenças crónicas na população idosa requer cuidados de longa duração, os quais são, geralmente, prestados por familiares e em contexto domiciliar (Imaginário, 2008).

O cuidar de uma pessoa idosa em contexto domiciliário pode ser percebido pelo cuidador informal (CI) como algo positivo (Sousa et al., 2006), porém, não se podem ignorar as dificuldades que podem resultar do cuidar de uma pessoa idosa e em situação de dependência. Em relação ao impacto negativo do cuidar, é consensual na literatura que o desempenho deste papel pode ter consequências negativas a nível emocional, físico e social. Ser cuidador pode influenciar negativamente a saúde de quem cuida, mas também da pessoa a quem são prestados os cuidados (Cardoso, 2011; Sousa et al., 2006).

Embora já existam investigações, a nível nacional e internacional, sobre os CI de uma pessoa idosa, estas focam-se, sobretudo, na identificação do perfil (p.e., Nascimento et al., 2008), das necessidades (p.e., Jede & Spuldaro, 2010; Melo et al., 2014; Monteiro, 2016; Oliveira & D'Elboux, 2012; Passos, 2018; Vieira et al., 2011), bem como das tarefas desempenhadas, dos seus conhecimentos e das suas experiências (Vieira et al., 2011), e na identificação dos aspetos positivos (Marcelo do Couto et al., 2016) e negativos associados à tarefa de cuidar (Baptista et al., 2012; Passos, 2018). Faltam estudos relacionados com a promoção de habilidades pessoais e sociais nos CI (Castro et al., 2018; Paixão, 2015; Rodrigues, 2018). Neste sentido, afigura-se de primordial relevância uma reflexão sobre o papel do Educador Social não só na identificação de necessidades e dificuldades, mas também na promoção de habilidades que permitam ao CI um melhor desempenho do seu papel. Esta é uma temática particularmente relevante, uma vez que os CI têm, geralmente, uma escassa preparação ou são inclusivamente membros do contexto familiar da pessoa cuidada, também eles de idade avançada e com alguma vulnerabilidade (Nogueira et al., 2012).

Uma das habilidades sociais apontadas na literatura como imprescindível para o desempenho da tarefa de CI é a empatia. No entanto, apesar do amplo reconhecimento da importância de uma relação empática entre o cuidador e a pessoa cuidada, são poucas as investigações que analisam a relação entre os níveis de sobrecarga e empatia dos CI

(Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2019). A maioria das investigações tem-se centrado na análise da relação entre variáveis sociodemográficas do cuidador e da pessoa cuidada e os níveis de sobrecarga do CI (p.e., Mendes et al., 2019; Monteiro, 2016; Passos, 2018). Do ponto de vista da intervenção é essencial compreender como os níveis de empatia do CI o podem predispor a uma situação de maior ou menor vulnerabilidade e, assim, melhor compreender este fenómeno e delinear intervenções adequadas às necessidades e características dos CI.

Neste âmbito, este trabalho de dissertação, elaborado no âmbito do Mestrado de Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, pretende dar resposta à seguinte questão-problema: *Que perfil de cuidador informal influencia os níveis de empatia e de sobrecarga face aos cuidados prestados a uma pessoa idosa?* De acordo com a questão-problema traçada, definiram-se como objetivos: (i) analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de sobrecarga do CI; (ii) analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga do CI; (iii) analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga percebidos pelos CI; (iv) analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de empatia do CI; (v) analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI; (vi) analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI e (vi) analisar a relação entre os níveis de empatia e de sobrecarga percebida pelos CI.

O CI de uma pessoa idosa pelos aspetos anteriormente referidos pode encontrar-se numa situação de vulnerabilidade. Bonifácio e Baptista (2020) consideram que o Educador Social é um profissional de intervenção socioeducativa que trabalha junto de pessoas e grupos com alguma vulnerabilidade, e que acabam por estar introduzidos em contextos complexos e multifacetados. Assim, entende-se que o Educador Social tem um papel essencial enquanto agente socioeducativo na promoção de habilidades junto dos CI que lhe permitam o melhor desempenho deste papel, sem prejuízo da sua saúde, qualidade de vida e dinâmica das suas relações interpessoais, inclusivamente com a pessoa cuidada.

Relativamente à estrutura do trabalho, este está dividido em duas partes, que se clarificam de seguida. No primeiro capítulo é feita uma revisão da literatura que incide sobre os CI, a pessoa dependente e a prestação de cuidados, as dificuldades frequentemente associadas ao desempenho das suas tarefas e uma análise das habilidades sociais dos CI, com especial ênfase na empatia. No segundo capítulo, é apresentada a investigação empírica, onde se clarificam aspetos metodológicos do estudo desenvolvido, seguido de uma apresentação e discussão de resultados obtidos respondendo aos objetivos específicos estabelecidos e à revisão da literatura sobre o tema em análise. Por último, são apresentadas as considerações finais, apontando-se as principais ilações deste estudo, e tecendo-se reflexões acerca dos resultados obtidos no campo de intervenção socioeducativa do Educador Social. São ainda explicitadas as limitações deste estudo e discutidas sugestões para futuras investigações.

## **Capítulo I - Enquadramento teórico**

Ao longo deste capítulo, num primeiro momento, tece-se uma revisão do conceito de CI de uma pessoa idosa no contexto domiciliário. É feita ainda uma alusão à pessoa dependente e à prestação de cuidados, bem como às dificuldades associadas ao ato de cuidar, e às habilidades sociais que são necessárias à assunção do papel de cuidador, sendo dada especial ênfase à empatia.

### **1. Cuidar de uma pessoa idosa no contexto domiciliário**

#### **1.1. Ser cuidador informal**

Na literatura o conceito de “cuidador informal” (CI) é atribuído a alguém que presta cuidados no domicílio a uma pessoa, podendo fazer parte do núcleo familiar ou de relações próximas (p.e., amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos ou outras pessoas da comunidade) (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Sousa et al., 2006). Tradicionalmente este papel é assumido por um familiar, geralmente cônjuge, e na sua ausência, as filhas ou noras e os filhos (Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006; Teixeira, 2018). O cônjuge é habitualmente a figura responsável pela prestação de cuidados, sendo, deste modo, comum pessoas idosas cuidarem de uma outra pessoa, também ela de idade avançada. Ainda em relação ao perfil do CI, é de referir que o papel de cuidador é frequentemente assumido por um elemento do sexo feminino (Carvalho, 2007). Quanto ao estado civil o CI é, geralmente, casado, geralmente seguindo-se os solteiros ou divorciados e, por últimos, os viúvos (Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006; Teixeira, 2018). Usualmente o CI não está empregado (Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006), sendo pouco comum na União Europeia o acumular do papel de CI com o desempenho de uma carreira profissional (Teixeira, 2018).

Para uma melhor compreensão do conceito de CI, Sequeira (2007) diferencia a figura de CI primário, secundário e terciário. O cuidador primário é aquele que realiza a maior parte dos cuidados e tem a maior responsabilidade na supervisão, na orientação, no acompanhamento e no cuidado direto da pessoa que necessita dos cuidados (Sequeira, 2007). Já o cuidador secundário é aquele que ajuda na prestação de cuidados de um modo ocasional ou regular, não sendo, todavia, a figura central responsável pela prestação de cuidados. O cuidador secundário pode substituir o cuidador primário em situações de ausência ou mesmo de emergência (Sequeira, 2007). Por último, o cuidador terciário, é aquele que é apenas solicitado numa questão de emergência ou que presta cuidados muito

esporadicamente (Sequeira, 2007). A distinção entre cuidador secundário e terciário é ténue, sendo que se diferencia pela frequência da prestação de cuidados.

O CI constitui uma referência na prestação dos cuidados básicos à pessoa idosa no domicílio, sendo comum o desempenho de funções no domínio instrumental (transporte, tarefas domésticas, gestão do dinheiro, entre outros) e no domínio dos cuidados pessoais (apoio na higienização, na alimentação, entre outros) (Sousa et al., 2006). Sequeira (2010) considera que o papel do prestador de cuidados se pode sistematizar em três grandes áreas, em função da(s) necessidade(s) da pessoa cuidada: o apoio em termos de informação e orientação (ajudar a pessoa de modo a resolver problemas e estratégias de adaptação); o apoio emocional (que consiste em estar e relacionar-se com o outro, permitindo a partilha de emoções e pontos de vista, sendo este um apoio essencial para a manutenção da autoestima da pessoa dependente); e o apoio instrumental (o qual abrange todo o tipo de cuidados prestados de forma altruísta a uma pessoa em situação de dependência).

As motivações mais comumente associadas ao assumir do papel de CI são (Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006): o altruísmo, a aprovação social, o dever (moral e/ou social), o evitamento da censura, a solidariedade (conjugal, filiar ou familiar), a gratidão, a reciprocidade, os sentimentos de amor ou piedade, a recompensa material que daí pode advir e o evitamento da institucionalização, associada muitas vezes a uma opinião depreciativa destas respostas sociais.

De salientar ainda, que os cuidados prestados pelos CI são feitos de forma não remunerada e, frequentemente, não antecipada (Sequeira, 2007, 2018). Parafraseando Sousa e colaboradores (2006) invulgarmente alguém escolhe tornar-se cuidador familiar de uma pessoa idosa de forma consciente e livre. Para Le Bris (1994), citado por Sousa e colaboradores (2006), o início da atividade de CI pode ocorrer de um modo progressivo ou sub-reptício, decorrente da perda progressiva de autonomia e de independência da pessoa cuidada. Nesta situação nem sempre o cuidador consegue precisar o momento no qual começou a prestar cuidados. Outras vezes o assumir do papel de cuidador decorre de um modo inesperado e imprevisível, resultante de uma doença ou acidente que desencadeia uma incapacidade súbita, ou de uma situação de perda do companheiro ou cônjuge ou da demissão/ morte da pessoa que prestava cuidados anteriormente. O assumir do papel de CI pode, assim, ocorrer sem que este tenha tempo para se preparar para o desempenho desta função.

Dada a importância que o CI assume no cuidado de uma pessoa idosa, em Portugal, foi reconhecido pela Lei nº 100/2019 de 6 de setembro o Estatuto de CI, mediante o qual se estabelece que, para que uma pessoa cuidadora possa obter este estatuto têm de estar reunidas um conjunto de condições, a saber: (i) ser cuidador no domicílio; (ii) residir legalmente em território nacional; (iii) ter idade superior a 18 anos; (iv) ter condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada; (v) ser cônjuge ou estar numa relação de união de facto com a pessoa cuidada, ser parente ou afim até ao quarto grau da linha reta ou linha colateral da pessoa cuidada (Segurança Social, 2020). Todos os cidadãos que prestem cuidados regulares ou permanentes a outra pessoa que se encontre numa situação de dependência, podem exigir que lhes seja reconhecido o estatuto de CI, que lhes concerne alguns direitos, mas também alguns deveres.

## **1.2. Pessoa dependente e prestação de cuidados**

Embora envelhecer não seja sinónimo de doença, a pessoa idosa cuidada é, muitas vezes, alguém doente ou dependente. Vários fatores de ordem biológica, mas também psicológicos, económicos e socioculturais podem influenciar o desempenho funcional da pessoa idosa (Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2004).

À medida que a pessoa envelhece é comum surgirem dificuldades na execução das suas atividades de vida diária (AVD) (Pavarani & Neri, 2005; Sequeira, 2018). Entende-se por AVD o conjunto das atividades quotidianas essenciais que devem ser realizadas de forma regular de modo a manter a independência de uma pessoa no seu meio habitual (Sequeira, 2007).

Na literatura é comum a diferenciação entre Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD).

As ABVD incluem o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade. Estas atividades são essenciais para que a pessoa possa viver sem precisar de ajuda de outra pessoa (Sequeira, 2007). De entre os instrumentos disponíveis para avaliar as ABVD destaca-se o Índice de Barthel, o qual se encontra validado para a população portuguesa (Araújo et al., 2007) e que abrange a avaliação da funcionalidade da pessoa cuidada nas seguintes ABVD: comer, vestir e despir, higiene

pessoa, utilização dos sanitários, tomar banho, deambulação, controlo dos esfíncteres, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

As AIVD referem-se às atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Exemplos destas atividades são o cozinhar, o usar os transportes públicos, o ser capaz de manusear o dinheiro, o usar o telefone, entre outros (Sequeira, 2007). Um dos instrumentos mais comumente utilizados para avaliar as AIVD é o Índice de Lawton e Brody.

As AIVD incluem atividades mais complexas, as quais são comumente subdivididas nos seguintes domínios: físico, lazer, social e produtivo. Estas atividades exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões motivacionais e culturais. Não existem, contudo, instrumentos únicos para a avaliação das AAVD.

Neste estudo o foco em análise são as ABVD da pessoa idosa em situação de dependência.

### **1.3. Dificuldades no Cuidar**

O assumir do papel de cuidador de um familiar tem impacto na estrutura e na dinâmica da família e é considerado cada vez mais como algo normativo (Sequeira, 2007). É também de realçar, como apontado anteriormente, que o assumir do papel de CI surge frequentemente de um modo inesperado, sendo comum que o CI se confronte com o exercício de um papel para o qual não estava devidamente preparado. Podem assim surgir diversas dificuldades no cuidar.

O impacto que o cuidado pode ter, seja ele negativo ou positivo, depende da forma como o cuidador mobiliza os recursos internos e/ou externos (Ximenes, 2018). Cuidar de um familiar idoso pode representar uma oportunidade para criar laços afetivos, para que este se sinta valorizado e mais próximo da pessoa cuidada. Contudo, é também de realçar que assumir do papel de cuidador pode ser um fator que potencie ou agrave os conflitos e as tensões familiares, pelas alterações sofridas na estrutura e na dinâmica familiar (Nogueira et al., 2012). Assumir esta responsabilidade pode também associar-se ao surgimento de problemas físicos e mentais no cuidador (Figueiredo, 2007; Nogueira et al., 2012; Sousa et al., 2006). No caso do CI que ainda esteja empregado pode ocorrer inclusivamente uma afetação da atividade profissional (Figueiredo, 2007; Sousa et al.,

2006). Quando alguém assume o papel de cuidador, a pessoa tende a centrar-se na pessoa cuidada negligenciando as suas próprias necessidades (Nogueira et al., 2012), sendo comum a perda do tempo livre e de lazer (Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006).

Cuidar de uma pessoa idosa e, mais concretamente, com demência tende a ser uma tarefa prolongada no tempo (Passos & Prada, 2018). Assim, gradualmente o CI coloca as necessidades da pessoa cuidada em primeiro lugar, negligenciando o seu autocuidado. A este propósito, a investigação desenvolvida por Monteiro (2016) analisou as perceções e as necessidades socioeducativas dos CI de pessoas com demência (PcD), com e sem apoio técnico/profissional, revelando que estes cuidadores dispõem de pouco tempo para se relacionarem com outras pessoas e possuem insuficientes conhecimentos para lidar com a PcD. Destaca-se igualmente deste estudo o reduzido número de CI que usufruem de apoio técnico/profissional, e que quando existente é dirigido sobretudo para a pessoa cuidada, mais do que para o próprio cuidador.

Outra dificuldade apontada na literatura sobre esta temática é o surgimento de sobrecarga, objetiva e subjetiva no CI (Sequeira, 2007, 2018). Segundo Sousa e colaboradores (2006) pode definir-se sobrecarga como o “conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente, as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (p. 67).

Na literatura é ainda comum a distinção entre sobrecarga objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se aos “acontecimentos e atividades concretas e (...) à alteração em parâmetros na vida do cuidador potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica...)” (Sequeira, 2007, p.119). Já a sobrecarga subjetiva está relacionada com os “sentimentos, atitudes e reações emocionais face à experiência de cuidar, ou seja como cada um avalia a sua sobrecarga objetiva” (Sequeira, 2007, p. 119).

De entre os instrumentos reportados na literatura e validado para a população portuguesa para mensurar a sobrecarga vivenciada pelo CI é de destacar a Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador – ESC (Sequeira, 2010) e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Martins et al., 2003).

Neste estudo optou-se pelo uso da ESC, a qual para além da ampla referenciação a nível nacional e internacional, permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI consagrando aspetos como a saúde, a vida social, a vida pessoal, a situação financeira, a

situação emocional e o tipo de relacionamento (Sequeira, 2010). Este instrumento possui boas características psicométricas, sendo aconselhável a sua utilização na avaliação de cuidadores de uma pessoa idosa em contexto domiciliário (Ferreira et al., 2010).

Recorrendo à ESC vários estudos têm analisado a relação entre os níveis de sobrecarga do CI de uma pessoa idosa e as variáveis sociodemográficas do CI, e com as variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa cuidada. De seguida apresentam-se trabalhos publicados com recurso a este instrumento.

A revisão de literatura efetuada por Baptista e colaboradores (2012), visou identificar os fatores que geram sobrecarga e as suas consequências para os familiares que cuidam de pessoas adultas, algumas das quais idosas. Os autores desta revisão analisaram 27 documentos (entre os quais, artigos, teses ou dissertações disponíveis na íntegra), nas línguas portuguesa e espanhola, no período de 1999 a 2009. Destaca-se desta revisão que a imposição do papel de cuidador (por ausência da possibilidade de escolha), bem como a falta de apoio de outros familiares, o grau de dependência da pessoa cuidada, e o desgaste físico e psicológico, são fatores que contribuem para um aumento da sobrecarga nos CI.

No estudo realizado por Pera (2012) pretendeu-se avaliar as dificuldades e os níveis de sobrecarga de CI de pessoas com um quadro demencial. Os 52 participantes eram beneficiários de associações de apoio a PcD espanholas. Os CI eram maioritariamente do género feminino, casadas, filhas da pessoa cuidada, com estudos primários e como média de idades 58,25 anos. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário aplicado mediante entrevista que inclui a caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada e do cuidador familiar, bem como a avaliação da sobrecarga e das dificuldades do CI (mediante aplicação do *Carers' Assessment of Difficulties Index/ CADI*). Os resultados indicaram que 61,50% e 15,40% dos CI apresentavam, respetivamente, níveis intensos e ligeiros de sobrecarga. Apenas 23,10% não evidenciaram sobrecarga. Os CI obtiveram pontuações médias superiores ao valor médio teórico na pontuação global da escala de sobrecarga e em todas as dimensões, à exceção da relação interpessoal, dimensão na qual as pontuações obtidas foram semelhantes ao valor médio teórico da escala. Neste estudo as cuidadoras apresentaram maiores níveis de sobrecarga na pontuação global e na dimensão alusiva ao impacto na prestação de cuidados. Verificou-se ainda que quanto maior é o tempo dedicado pelo CI à tarefa de cuidar, menor é a sobrecarga no relacionamento interpessoal.

O estudo desenvolvido por Coelho (2012) teve como objetivo analisar a percepção de sobrecarga na prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes, residentes no domicílio e num concelho do distrito da Guarda. Para dar resposta a este objetivo, para além da avaliação dos níveis de sobrecarga, foi elaborado um questionário sociodemográfico e avaliadas as ABVD e as AIVD foram avaliadas, respetivamente, através do Índice de Barthel e do Índice de Lawton. Neste estudo os CI eram maioritariamente do sexo feminino (80,60%), com mais de 65 anos (61,10%) e na sua maioria com uma baixa escolaridade (38,90% não frequentaram a escola básica, 30,60% tinham a 4ª classe, 11,10% o 9º ano e 2,80% um curso superior). Os cuidados eram prestados sobretudo por elementos da família (47,20% eram cônjuges da pessoa cuidada e 19,40% eram descendentes). Os CI exerciam este papel, sobretudo, num período de 3 a 6 anos (45,70%), seguido do período de 6 a 10 anos (20%), de 1 a 3 anos (20%) e de 10 a 14 anos (11,10%). A pessoa idosa cuidada era na maioria do sexo feminino (55,60%), casados (55,50%), situando-se a idade de maior número de pessoas cuidadas no intervalo 76-80 anos (27,80%). A maioria das pessoas cuidadas não tinham escolaridade (52,80%) ou possuíam a 4ª classe (41,70%). Metade das pessoas idosas cuidadas tinham uma dependência física e as demais uma dependência física e mental. A dependência das ABVD foi sobretudo grave (55,60%), seguida da moderada (27,60%), da total (13,90%) da ligeira (2,80%). Já nas AIVD todas as pessoas cuidadas estavam severamente dependentes. Destaca-se deste estudo a presença de elevados níveis de sobrecarga (94%) dos CI. Apenas 5,60% não tinham qualquer tipo de sobrecarga. Também se concluiu que quanto maior o grau de dependência da pessoa cuidada, menores eram os níveis de sobrecarga dos CI.

Na investigação desenvolvida por Sequeira (2013), numa amostra composta por CI de pessoas idosas dependentes, o autor pretendeu caracterizar as principais dificuldades, bem como identificar as estratégias de *coping*, as fontes de satisfação e níveis de sobrecarga. A amostra incluiu 184 cuidadores, com idades superiores a 40 anos, dos quais 101 cuidavam de pessoas dependentes sem comprometimento cognitivo e 83 cuidavam de uma PcD. A maioria dos CI eram mulheres, cônjuges ou filhas, casadas e com baixo nível de escolaridade. Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito sociodemográfico e instrumentos específicos para avaliação da dependência, do funcionamento cognitivo, das dificuldades, do grau de satisfação, das estratégias de *coping* e dos níveis de sobrecarga. Concluiu-se deste estudo que os CI de uma PcD

apresentaram maiores níveis de sobrecarga, maiores dificuldades no cuidar e maior insatisfação, comparativamente com os CI de uma pessoa idosa dependente sem demência.

Pereira (2015) avaliou os níveis de sobrecarga de 30 CI familiares de uma pessoa idosa dependente nas AVD. Neste estudo, os CI eram, sobretudo, do sexo feminino (86,7%) e com uma idade média de 60,80 anos. Apenas 23,40% dos CI acumulam uma atividade profissional com a prestação de cuidados. De mencionar que os cuidados eram prestados sobretudo pelos filhos (50%, dos quais 40% do sexo feminino e 10% do sexo masculino). É ainda de referir que 73,30% dos CI viviam com o seu familiar dependente, e os demais (26,70%) a uma distância física inferior a 10 km da habitação da pessoa cuidada. Neste estudo 36,70% dos cuidadores cuidavam do seu familiar há mais de 4 anos, 50,10% num período de 1 a 4 anos e 13,30% num período de 6 meses a 1 ano. Importa salientar que 60% dos CI apresentavam apoio informal e 76,70% beneficiavam do SAD ao nível da higiene e alimentação. A maioria das pessoas cuidadas era do sexo feminino (63,30%). Em relação à idade 16,70% tinham idades dos 65 aos 75 anos, 46,70% dos 76 aos 86 anos e 36,60% 87 ou mais anos. No que diz respeito à causa da dependência 23,30% necessitavam de apoio, acompanhamento e supervisão devido a um acidente vascular cerebral, 16,70% tinham Doença de Parkinson, 16,70% apresentaram fraturas, 10,0% tinham sinais de demência, 10,0% doenças oncológicas e 23,3% outras causas de dependência (um tinha sofrido traumatismo crânio encefálico, dois apresentavam doença de Alzheimer, um tinha problemas de alcoolismo, dois diabetes e um problemas visão). A funcionalidade da pessoa cuidada foi avaliada através do Índice de Barthel, sendo de referir que 46,07% apresentavam total dependência, 30,0% dependência moderada, 16,70% dependência severa e 6,70% dependência ligeira. De entre os resultados destaca-se o facto de 80% dos CI apresentarem uma sobrecarga intensa, 13,30% indicarem estar sem sobrecarga e 6,70% apresentarem sobrecarga ligeira. Os níveis de dependência da pessoa idosa cuidada não influenciaram os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI. Constatou-se ainda o aumento da duração da prestação de cuidados à pessoa idosa tendia a diminuir os níveis de sobrecarga do CI e que os CI que prestavam menos de 24 horas diárias de cuidados apresentavam maior sobrecarga na dimensão percepção de autoeficácia. Também verificou que os CI que não possuíam apoio da rede informal (familiares e empregada) menores níveis de sobrecarga, enquanto que os CI sem qualquer apoio apresentavam maior sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados.

Relativamente ao acesso ao apoio formal (mais concretamente ao nível do SAD) verificou-se que os CI que beneficiavam desta resposta social apresentavam maior sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados diretos.

O estudo realizado por Pereira e Duque (2017) teve como objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares, analisando a relação entre o grau de dependência do idoso dependente e os níveis de sobrecarga dos CI. Os instrumentos utilizados foram um inquérito por questionário ao prestador de cuidados, a ESC e o Índice de Barthel. Os participantes deste estudo eram familiares da pessoa cuidada, maioritariamente do sexo feminino (86,70%). Quanto à idade, 33,30% dos CI tinham idades de 63 a 73 anos, 30% de 52 a 62 anos, 16,70% de 41 a 51 anos, 13,30% mais de 74 anos e 6,70% idades inferiores a 40 anos, sendo o valor etário médio de 60,80 anos. Neste estudo apenas um CI possuía um grau académico; três eram analfabetos, três apenas sabiam ler e escrever, não tendo frequentado qualquer estabelecimento de ensino, 11 tinham o 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB), cinco o 2º CEB e cinco o 3º CEB. A maioria dos CI não exercia qualquer tipo de atividade profissional e assumia a função de cuidar há menos de 4 anos (63,30%). Verificou-se que 80% apresentavam uma sobrecarga intensa, 6,60% uma sobrecarga leve e 13,40% não apresentavam sobrecarga. Grande parte dos CI (60%) recebia apoio informal (sobretudo de filhos e irmãos, seguido do cônjuge, nora, sogra, pai e cunhada e empregada) e formal do SAD (76,70%). A maioria das pessoas cuidadas encontrava-se total e severamente dependentes nas AVD (46,70% e 16,70%, respetivamente), 30% de idosos possuíam um grau moderado de dependência e 6,70% eram ligeiramente dependentes. De realçar deste estudo que não se encontraram relações estatisticamente significativas entre a idade e os níveis de dependência da pessoa idosa cuidada e os níveis de sobrecarga dos CI. Também se averiguou que os cuidadores que cuidavam há menos de quatro anos apresentavam maiores níveis globais de sobrecarga comparativamente com aqueles que prestavam cuidados há mais de quatro anos. Também se verificou que CI que prestavam cuidados há menos de dois anos tinham maior impacto na prestação de cuidados, comparativamente com os que cuidavam há mais de quatro anos e, que todos os prestadores de cuidados há menos de 4 anos, à exceção dos que cuidavam entre 2 e 3 anos, evidenciaram maiores níveis de sobrecarga na relação interpessoal do que aqueles CI que cuidam há mais de 4 anos. O tempo de prestação de cuidados não se relacionou com os níveis de sobrecarga no domínio referente à perceção de autoeficácia. Foi ainda evidente deste estudo que os CI que prestavam cuidados

pontuais apresentaram maiores níveis de sobrecarga na percepção de autoeficácia do que os CI que prestam cuidados 24 horas diárias. CI com filhos a cargo apresentaram maiores níveis de sobrecarga ao nível da percepção de autoeficácia. Os níveis de sobrecarga dos CI não difeririam em função da coabitação com a pessoa cuidada. Quando analisada a influência do apoio informal nos níveis de sobrecarga dos CI constatou-se que quem não beneficiavam desta forma de apoio apresentava maior sobrecarga e ao nível do impacto na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente. Acresce mencionar que os CI que beneficiavam de SAD apresentaram maiores níveis de sobrecarga na escala global e no fator impacto da prestação de cuidados.

O estudo desenvolvido por Passos (2018) pretendeu, entre outros objetivos, identificar o perfil sociodemográfico dos CI; caracterizar as circunstâncias em que ocorre a prestação de cuidados informais e analisar o impacto positivo (benefícios percebidos) e negativo (percepção de sobrecarga) percebidos pelos CI no desempenho dos seus papéis. Participaram nesta investigação 30 CI de uma PcD residentes no domicílio e na cidade de Bragança. Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito aplicado aos CI e ainda avaliada a funcionalidade da pessoa cuidada (através do Índice de Barthel e do Índice de Lawton) e os níveis de sobrecarga dos CI (através da ESC). O perfil do CI evidenciou similaridades com o reportado noutras investigações sendo a PcD geralmente cuidada por descendentes ou pelo próprio cônjuge. Verificou-se ainda que a maior parte dos CI era do sexo feminino (83,30%). Ressalta deste estudo a alusão a aspetos positivos que surgem associados ao ato de cuidar. Os níveis de sobrecarga percebidos nos CI apenas se relacionaram com o facto dos CI coabitarem com a pessoa com demência de quem cuidam.

O estudo desenvolvido por Teixeira (2018) pretendeu analisar a relação entre os níveis de sobrecarga dos CI e as características sociodemográficas, profissionais e familiares e a autopercepção sobre o papel de cuidador. Os dados foram recolhidos através da realização de uma entrevista mediante aplicação de um formulário numa amostra composta por 72 CI responsáveis por pelo menos uma pessoa com grau de dependência e aquando da alta hospitalar num centro hospital de Portugal. As pessoas cuidadas eram, maioritariamente, totalmente dependentes, sendo as dificuldades mais comuns no autocuidado - higiene e conforto (61,10%). Destaca-se deste estudo o predomínio de CI do sexo feminino (83,30%), sendo a média de idades de 59,93 anos. Grande parte dos CI (41,70%) tinha a quarta classe/1º ciclo de escolaridade. Em termos profissionais, 23,69%

dos cuidadores trabalhavam por conta de outrem e acumulavam ainda o papel de cuidadores. Neste estudo 79,20% dos cuidadores coabitavam com a pessoa cuidada e 69% recebiam alguma forma de ajuda na prestação de cuidados. O número médio de horas destinadas à tarefa de cuidar foi de 17,27 horas diárias. Neste estudo 88,90% dos CI sentiam-se satisfeitos com o seu papel de cuidador, 72,20 % perceberam-se como capazes de dar resposta às necessidades das pessoas cuidadas e 52,80% dos inquiridos indicaram que as suas necessidades próprias não estavam satisfeitas. Considerando os resultados na ESC 48% dos CI apresentou sobrecarga intensa e 22% sobrecarga ligeira e 30% não apresentaram sobrecarga. A média mais elevada foi na dimensão da expectativa face ao cuidar. Neste estudo os níveis de sobrecarga não diferiram em função da idade e do género do CI, da coabitação, do número de horas de cuidado e da existência de ajuda no desempenho do papel de cuidador. Os CI de maior idade e do sexo feminino mulheres têm expectativas mais elevadas face ao cuidar do que os homens. Foi ainda notória uma correlação positiva, entre os níveis de sobrecarga na dimensão expectativas face ao cuidar e idade do CI, bem como entre os níveis de sobrecarga na dimensão impacto na prestação de cuidados (IPC) e o número de horas dedicadas por este no cuidar.

Aires e colaboradores (2020) analisaram os fatores sociodemográficos e os aspetos do cuidado relacionados com a presença de sobrecarga em CI de uma pessoa idosa dependente, residente cuidadores informais de idosos dependentes, residentes na comunidade, em municípios do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram no estudo 125 CI (73,60% do sexo masculino, 55,20% casadas e 68,60% filhas da pessoa cuidada). Os dados foram recolhidos mediante entrevista tendo sido utilizado a escala de sobrecarga de Zarit. Destaca-se deste estudo que, cuidadoras mulheres, com menor escolaridade, que dispensavam mais tempo semanal à tarefa de cuidar e que residiam com a pessoa idosa cuidada apresentavam maiores níveis de sobrecarga.

Tendo por base a revisão efetuada, em relação ao perfil do CI, nalguns estudos consultados verificou-se a influência do sexo/género do CI nos níveis de sobrecarga, apontando para maiores níveis de sobrecarga nas mulheres na pontuação global (p.e., Aires et 2020; Pera, 2012) e nalgumas dimensões como o impacto da prestação de cuidados (p.e., Pera, 2012) e as expectativas face ao cuidar (p.e., Teixeira, 2018), enquanto outros não encontraram diferenças (p.e., Passos, 2018; Moura et al., 2009; Teixeira, 2018). Também se verificou que, nalguns estudos uma menor idade dos CI surgiu associada à presença de maiores níveis de sobrecarga global e nas diversas

dimensões, à exceção das relações interpessoais (p.e., Pera, 2012), enquanto noutros não existe qualquer relação (p.e., p.e., Pereira & Duque, 2017; Teixeira, 2018). Se nalguns estudos o nível de escolaridade do CI não se relaciona com os níveis de sobrecarga (p.e., Passos, 2018), no estudo de Aires e colaboradores (2020) são os CI com menor escolaridade que apresentam maiores níveis de sobrecarga. O estado civil e a situação profissional do CI não parece relacionar-se com os níveis de sobrecarga (p.e., Pereira & Duque, 2017). No estudo de Aires e colaboradores (2020) CI com menor escolaridade apresentaram maiores níveis de sobrecarga, dado que não é confirmado noutros estudos (p.e., Passos, 2018). O ter filhos a cargo surge nalguns estudos (p.e., Pereira & Duque, 2017) como uma variável que predispõe a maiores níveis de sobrecarga ao nível da percepção de autoeficácia, enquanto outros não encontram evidências neste sentido (p.e., Passos, 2018).

Quanto à relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada e nos níveis de sobrecarga dos CI, é de salientar que nalguns estudos (p.e., Sequeira, 2013), a presença de demência na pessoa cuidada parece associar-se a maiores níveis de sobrecarga. A idade da pessoa cuidada não parece relacionar-se com os níveis de sobrecarga dos CI (p.e., Pereira & Duque, 2017; Passos, 2018). De sublinhar ainda que, nalguns estudos a presença de uma maior dependência funcional da pessoa idosa cuidada, se associou à presença de menores níveis de sobrecarga (p.e., Coelho, 2012), no entanto, noutros estudos os níveis dependência não influenciaram os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI (p.e., Pereira, 2015; Pereira & Duque, 2017).

No que diz respeito à influência de variáveis do contexto de prestação de cuidados nos níveis de sobrecarga dos CI, a coabitação é apontada como um fator associado a maiores níveis de sobrecarga (p.e., Aires et al., 2020; Passos, 2018), enquanto noutros (p.e., Pereira & Duque, 2017; Teixeira, 2018) esta variável não parece predispor a uma maior sobrecarga do CI. Nalguns estudos uma maior duração dos cuidados surge associada a menores níveis sobrecarga global (p.e., Pereira, 2015), e um maior número de horas de cuidado surgia associado a uma maior sobrecarga global (p.e., Aires et al., 2020). Noutros estudos (p.e., Pera, 2012) quanto maior o número de horas dedicada ao cuidado, menores eram os níveis de sobrecarga do CI ao nível do relacionamento interpessoal. Noutros estudos (p.e., Pereira, 2015; Pereira & Duque, 2017) cuidar pontualmente surgiu associada a maiores níveis de sobrecarga. No que concerne à existência de apoio ao exercício da tarefa de cuidador, esta variável surge, nalguns estudos

(p.e., Baptista et al., 2012; Pereira, 2015) relacionada com a presença de menores níveis de sobrecarga do CI, enquanto noutros não existem evidências neste sentido (p.e., Teixeira, 2018). Importa ainda fazer referência aos estudos de Pereira (2015) e de Pereira e Duque (2017) nos quais a presença de apoio informal se associou à presença de menores níveis de sobrecarga do CI, não obstante, também se verificou que nestes estudos que CI com apoio do SAD apresentaram maiores níveis globais de sobrecarga e ao nível do impacto da prestação de cuidados diretos ao familiar dependente. Por sua vez, no estudo de Navarro-Abal e colaboradores (2019), que se analisará mais adiante neste trabalho, CI integrados em alguma associação de apoio apresentaram menores níveis de apoio. Tal pode entender-se pela especificidade de apoios existentes numa associação direcionada à pessoa cuidada e aos cuidadores. No caso do SAD os cuidados são direcionados para a pessoa cuidada.

Em suma, ainda que a sobrecarga do CI seja um tema que têm sido alvo de atenção por diversos investigadores, a heterogeneidade das amostras dos estudos analisados dificulta a comparação entre os mesmos. Não é consensual que variáveis se relacionam com os níveis de sobrecarga dos cuidadores, no entanto, conhecer os fatores que predis põem à sobrecarga dos CI é fundamental para melhor intervir e evitar o adoecimento do mesmo e, inclusive, o surgimento de problemas no binómio pessoa cuidada-cuidador.

#### **1.4. Habilidades sociais**

Neste ponto é analisado, num primeiro momento, o conceito de “habilidade” diferenciando-o do de “competência”, sendo de realçar a pluralidade de definições que surgem na literatura revista.

Del Prette e Zilda Del Prette (2017) definem habilidades sociais como “um construto descritivo dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais” (p. 24). Ainda, segundo estes mesmo autores (Del Prette & Del Prette, 2009) as habilidades sociais são entendidas como:

um conjunto particular de comportamentos sociais (operantes), disponíveis no repertório do indivíduo. São comportamentos que, em dado contexto situacional-

cultural, apresentam alta probabilidade de produzirem ou maximizarem reforçadores para o indivíduo e reduzem estimulação aversiva, contribuindo para a efetividade e a qualidade de sua relação com os outros” (p. 193).

O construto de competência social ainda que revestido de uma “não unanimidade”, das várias concepções deste termo destacam-se, como refere Jardim (2011), “elementos comuns, tais como o de mobilização de conhecimentos adquiridos, o de ação, o de construção intersubjetiva, o de hábito e o de avaliação” (p. 77). No presente trabalho, adotando a perspectiva de Jardim (2011), entende-se que o termo “competência”:

consiste na capacidade para operacionalizar um conjunto de conhecimentos, de atitudes e de aptidões numa situação concreta, de modo a ser bem-sucedido. Decompondo esta nossa definição, diríamos que a competência é a capacidade pessoal de realizar uma função ou tarefa, segundo critérios de desempenho estabelecidos, estando associada à pessoa ou a um cargo profissional. Implica um acordo ou pacto social, no sentido de que existe quando alguém afirma possuí-la e um terceiro reconhece que essa pessoa a detém efetivamente (p.79).

Este construto reporta-se, portanto, à mobilização de um conjunto de conhecimentos, habilidades, aptidões, capacidades de ação e de comportamentos, com uma organização interna específica, e que podem ser generalizados e transferíveis para outras áreas e contextos para além daqueles onde foram inicialmente adquiridos (Jardim, 2011).

Jardim (2011) acrescenta ainda que o termo de competência está ainda relacionado com o conceito de avaliação já que pode entender-se como “fazer bem o que é suposto que a pessoa faça, dadas as qualidades que possui e o papel que desempenha” (p. 78).

Pode, portanto, afirmar-se que o conceito de competência alude ao julgamento da efetividade do desempenho social de um indivíduo dentro de uma cultura ou contexto, de acordo com os critérios instrumentais e éticos de efetividade que contemplam os interesses imediatos do indivíduo, a qualidade da relação e os interesses do grupo social a médio/longo prazo (Del Prette & Del Prette, 2017). Já as habilidades sociais possuem um carácter situacional. Assim, uma pessoa pode ser socialmente competente numa dada situação e pode não o ser noutra situação. É também de realçar que as habilidades sociais contribuem para as competências sociais, contudo, as competências sociais não resultam

somente de habilidades sociais. Acresce ainda referir que as habilidades sociais se adquirem ao longo da vida (Del Prette & Del Prette, 2017).

Para Caballo (2003) o comportamento socialmente habilidoso inclui a capacidade de expressão de sentimentos, opiniões, desejos, respeito a si próprio e aos outros, bem como a capacidade de resolver problemas. Del Prette e Del Prette postulam que as habilidades sociais podem ser organizadas em classes e subclasses:

as habilidades de comunicação (fazer e responder perguntas, dar e pedir feedback, elogiar, iniciar, manter e encerrar conversação), as habilidades de civilidade (dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar), as habilidades assertivas de enfrentamento ou defesa de direitos e de cidadania (expressar opinião, discordar, fazer e recusar pedidos, interagir com autoridades, lidar com críticas, expressar desagrado, lidar com a raiva do outro, pedir mudança de comportamento etc.), as habilidades empáticas e de expressão de sentimento positivo e outras duas mais abrangentes que nomeamos como habilidades sociais profissionais ou de trabalho (coordenação de grupo, falar em público), as habilidades sociais educativas de pais, professores e outros agentes envolvidos na educação ou treinamento. Na base de qualquer desempenho socialmente competente, destacamos a automonitoria, enquanto habilidade geral de observar, descrever, interpretar e regular pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações sociais (p.1).

É consensual na literatura o desgaste e as dificuldades interpessoais vivenciadas pelos CI no âmbito do desempenho da tarefa de cuidar de uma pessoa idosa. Da tarefa de cuidar, podem surgir algumas dificuldades, tais como se relacionar com as pessoas que fazem parte de seu círculo social e de apoio e, ao mesmo tempo, de pedir e angariar ajuda de forma socialmente competente (Segrin et al., 2016). Também não podemos descurar que cuidar de um familiar idoso ocorre, frequentemente, de forma inesperada (Sequeira, 2007, 2018; Sousa et al., 2006). Os CI são, geralmente, pessoas com uma escassa informação e/ou preparação para a assunção deste papel além de serem frequentemente o cônjuge/companheiro e, portanto, alguém com uma maior idade e/ou “portador de algum grau de incapacidade” (Nogueira et al., 2012, p. 750). Não tendo muitas vezes os CI formação necessária, nem estando preparados para assumir este papel é essencial promover, junto do mesmo, habilidades que lhe permitam um melhor desempenho do papel de cuidador no domicílio, sem prejuízo do autocuidado.

Com base na literatura revista, existem evidências de que os CI que apresentam um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais evidenciam uma melhor qualidade na interação com outros e, particularmente, com a pessoa idosa cuidada. Como referem Queluz e seus colaboradores (2017) “Cuidar de um idoso dependente requer aprender informações e desenvolver habilidades, incluindo as habilidades sociais” (p. 78). A este propósito importa referenciar o estudo desenvolvido por Queluz e colaboradores (2018), numa amostra composta por 205 cuidadores familiares de uma pessoa idosa. Destaca-se deste estudo que, os cuidadores com um melhor repertório de habilidades sociais, autopercecionam uma maior qualidade de vida e da relação com a pessoa cuidada, evidenciando ainda menos sintomas depressivos e uma maior propensão para a resolução de situações conflituosas. Outro estudo realizado por Amorim e colaboradores (2017) numa amostra de cuidadores familiares (n=41) de uma PcD revela que os cuidadores com um maior autocontrolo da agressividade apresentam menores níveis de sobrecarga. Também se destaca deste estudo que os cuidadores com uma maior autoafirmação na expressão de afeto positivo evidenciam melhores relações sociais. Ainda neste âmbito, do estudo efetuado por Pinto e colaboradores (2016) ressalta-se a importância de habilidades sociais como o saber expressar sentimentos positivos, o controlar a agressividade e o conversar para resolver problemas.

A revisão de literatura desenvolvida por Queluz e colaboradores (2019) aporta evidências de que um melhor repertório de habilidades sociais dos CI pode fortalecer as relações interpessoais, quer com a pessoa cuidada, quer com outras pessoas. Sobressai também da revisão de estudos de Ximenes e colaboradores (2019) o impacto benéfico das habilidades sociais não só nas relações interpessoais, mas também na saúde mental dos indivíduos. Acresce referir que a aprendizagem de habilidades pode contribuir para um aumento do suporte social percebido e recebido.

Torna-se, portanto, essencial desenvolver e avaliar programas que promovam o uso de habilidades sociais no contexto da prestação de cuidados informais. Um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais pode atuar como variável protetora da saúde dos CI. Na literatura sobre este tema são referenciados programas como o P3Es (Entender, Enfrentar e Envolver) (Ferreira et al., 2017) e o ComTacto (Campos et al., 2021), que comprovam a importância do treino em habilidades sociais junto dos cuidadores no atenuar da perceção de sobrecarga, a curto e a longo prazo. No que concerne ao treino em habilidades sociais, Falcone (1999) sublinha a importância de delinear intervenções

centradas na empatia. Assim no próximo ponto procede-se a uma análise mais detalhada desta habilidade social.

### **1.5. Empatia: conceito e revisão de estudos**

A empatia é uma habilidade fundamental para a convivência humana e que, na opinião de autores como Falcone (1999) pode ser desenvolvida. Mais concretamente, no âmbito da prestação de CI, considera-se, que esta é uma habilidade que deve ser fomentada e que pode melhorar a qualidade das relações interpessoais com a pessoa cuidada.

Assim, importa em primeiro lugar, clarificar o conceito de empatia, o qual tem vindo a ser um fator de interesse em diversas investigações (Duan & Hill, 1996; Fernández-Pinto et al., 2008; Sampaio et al., 2009).

Analisando o percurso histórico da empatia, verifica-se que este construto tem sido analisado mediante perspetivas distintas (Duan & Hill, 1996; Fernández-Pinto et al., 2008; Sampaio et al., 2009), em diversos campos e áreas (Azevedo et al., 2018).

Apesar do forte interesse por este conceito, a empatia é um conceito complexo e polissémico. Para uma melhor compreensão do conceito de empatia importa fazer uma breve contextualização histórica. A origem do conceito de empatia vem do século XVIII, quando Vischer se referiu ao mesmo como “Einführung”, cujo significado é “sentir-se dentro”. Já em 1909 Tichener acunhou o termo empatia (Duan & Hill, 1996; Fernández-Pinto et al., 2008; Sampaio et al., 2009) entendendo-o como “a capacidade de conhecer a consciência de outra pessoa e de raciocinar de maneira análoga a ela através de um processo de imitação interna” (Sampaio et al., 2009, p.213). A empatia era entendida como uma “característica do ser humano definida como sendo a capacidade de uma pessoa identificar o que estava na consciência de outra pessoa” (Azevedo et al., 2018, p. 5).

Até a década de 1940, este construto foi objeto de diversas reflexões conceptuais, entre os quais de autores como Freud (1905/2006), contudo, eram escassos os estudos empíricos (Azevedo et al., 2018). Já na década de 1950 este construto passa a ser alvo de atenção em diversos estudos empíricos (Azevedo et al., 2018). Neste período é de realçar

o contributo de Carl Rogers, fundador da Abordagem Centrada na Pessoa, e que que abordou a relação empática na prática terapêutica. Para este autor a empatia refere-se à:

percepção correta do ponto de referência de outra pessoa com as nuances subjetivas e os valores pessoais que lhe são inerentes. Perceber de maneira empática é perceber o mundo subjetivo do outro ‘como se’ fossemos essa pessoa – sem, contudo, jamais perder de vista que se trata de uma situação análoga ‘como se’. A capacidade empática implica, pois, em que, por exemplo, se sinta a dor ou o prazer do outro como ele os sente, em que se perceba sua causa como ele a percebe (isto é, em se explicar os sentimentos ou as percepções do outro como ele os explica a si mesmo), sem jamais se esquecer de que estão relacionados às experiências e percepções de outra pessoa. Se esta última condição está ausente, ou deixa de atuar, não se tratará mais de empatia, mas de identificação (Rogers & Kinget, 1965/1977, p. 179, citados por Fontgalland & Moreira, 2012, p. 44)

A compreensão empática compreende o experimentar o que o outro está a sentir dentro de uma condição de “como se” estivesse no lugar dele, vendo através da perspectiva do outro (Fontgalland & Moreira, 2012).

De salientar que, na segunda metade do século XX, o construto de empatia é foco de interesse por parte da Psicologia Social e pela Psicologia do Desenvolvimento. Como referem Azevedo e colaboradores (2018) “Na psicologia social a empatia foi estudada vinculada a comportamentos pró-sociais” e na psicologia do desenvolvimento foi estudada sob o enfoque da tomada de perspectiva” (p. 4).

No final do século XX é de salientar o contributo de Hoffman (1981), para quem a empatia era entendida como “uma resposta afetiva vicária a outra pessoa, ou seja, ela se exerce através do outro, relaciona-se à situação do outro e não na sua própria situação. Sendo ainda esta resposta humana, universal e corroborada fisiologicamente” (Azevedo et al., 2018, p. 4).

Da revisão histórica ao conceito de empatia, é de ressaltar que o mesmo foi abordado inicialmente sob uma dicotomia entre uma perspectiva cognitiva versus uma perspectiva afetiva. Enquanto processo cognitivo, a empatia foi entendida como a capacidade de compreender e responder adequadamente aos sentimentos, cognições e motivações do outro. Enquanto processo afetivo, a empatia foi perspectivada como

resposta afetiva vicariante ao estado emocional do outro, onde têm sido considerados dois focos de análise (Fernández-Pinto et al., 2008; Sampaio et al., 2009). Os autores defensores da perspectiva constitucional entendiam a empatia como “traço de personalidade ou habilidade geral para conhecer os estados mentais de outras pessoas e para sentir as emoções dos outros” (Sampaio et al., 2009, p.217). Já à luz da perspectiva situacional a empatia foi equacionada como “um construto que reflete respostas afetivo-cognitivas ligadas a situações específicas, sendo, portanto, mais disposicional que constitucional” (Sampaio et al., 2009, p.217).

Apesar das divergências conceituais e metodológicas, pode entender-se a empatia como a capacidade que um indivíduo tem de se colocar no lugar do outro, de ser atingido pelo estado emocional de outra pessoa e de compreender os sentimentos e a perspectiva dessa pessoa, demonstrando compreensão (Moitoso & Casagrande, 2017).

Neste trabalho é adotada a perspectiva multidimensional da empatia (Davis, 1980, 1983) que inclui aspetos cognitivos (tomada de perspectiva e fantasia) e afetivos (desconforto pessoal e preocupação empática). De acordo com o modelo organizacional o autor diferencia os antecedentes, o processo cognitivo e as consequências, tanto intra como interpessoais resultantes da empatia (Figura 1). De acordo com este modelo, os antecedentes englobam a pessoa (capacidades biológicas, diferenças individuais e biografia) e a situação (situação de exposição e semelhança entre observador e alvo). Estes relacionam-se com os processos (não cognitivos e cognitivo simples), as respostas intrapessoais (afetivas que são paralelas e reativas como a consideração empática, raiva e angústia pessoal e as não afetivas como a acurácia social e julgamentos atribucionais) e os resultados interpessoais (que incluem a ajuda, agressão e conduta social). Os processos acabam ainda por se relacionar com as respostas intrapessoais e os resultados interpessoais. Apesar da relevância do modelo não está isento de críticas. Alguns autores (Fernández-Pinto et al., 2008) alertam para a inconsistência nos resultados da subescala desconforto pessoal e para o facto de não considerar as características da pessoa com o quem o sujeito empatiza.

A empatia é uma habilidade essencial pela “influência que (..) pode exercer nos processos de tomada de decisão, especialmente quando esta se refere às questões ligadas ao cuidado, respeito e moralidade” (Sampaio et al., 2009, p. 224).

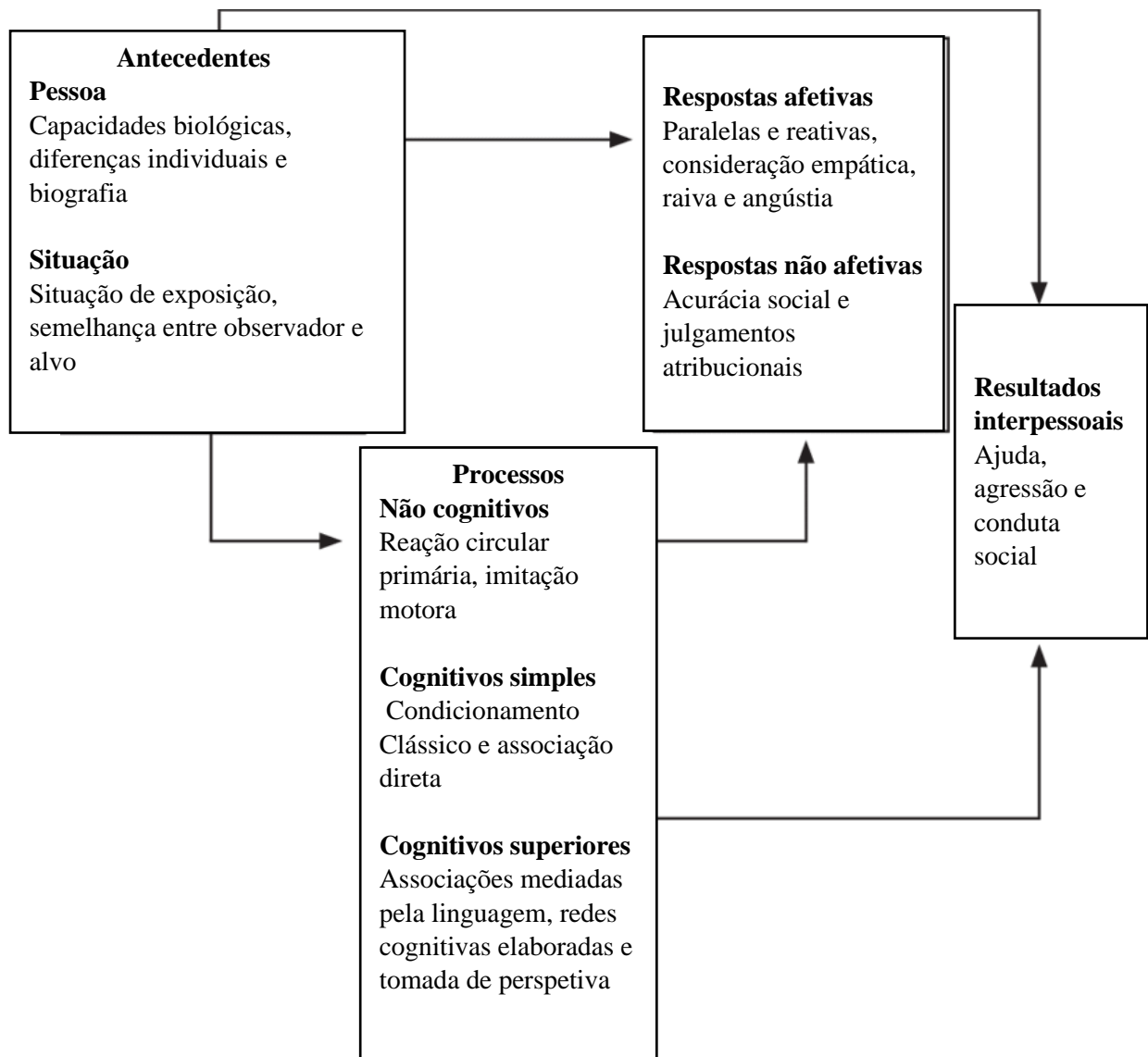


Figura 1. Modelo Organizacional de Davis (1996).

Na literatura são apontados diversos instrumentos para operacionalizar o construto de empatia. Com base na pesquisa efetuada, desde uma visão integrada ou multidimensional, é de destacar o recurso a instrumentos como Índice de Reactividade Interpersonal (IRI; Davis, 1980), o *Empathy Quotient* (EQ; Baron-Cohen & Weelbright, 2004) e o *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy* (QCAE; Reniers e colaboradores, 2010) para operacionalização do construto de empatia. De referir que o IRI é um dos instrumentos mais amplamente utilizados na investigação (Azevedo et al., 2018) e que se encontra validado para a população portuguesa.

De seguida procede-se à apresentação e análise de estudos publicados sobre a relação entre os níveis de sobrecarga e empatia dos CI de uma pessoa idosa.

A investigação desenvolvida por Navarro-Abal e colaboradores (2019) pretendeu analisar as diferenças na sobrecarga percebida pelos CI de uma pessoa dependente e avaliar a relação entre sobrecarga (mensurada através da escala de Zarit), resiliência (avaliada através da escala de resiliência de Wagnild & Young, 1993) e empatia (quantificada através do IRI). Participaram no estudo 155 cuidadores (28 são do sexo masculino e 127 do sexo feminino), com uma idade média de 51,90 anos. De referir ainda que 109 beneficiavam de apoio formal de alguma associação de apoio a familiares de uma pessoa dependente e 46 não recebiam qualquer apoio. Neste estudo 60,80% dos CI não apresentaram sobrecarga; já 22,40% e 16,80% caracterizaram-se, respetivamente, pela presença de níveis de sobrecarga leve e intensa. De assinalar também que os níveis de sobrecarga foram maiores nos CI do sexo masculino que não estavam integrados em associações de apoio. Verificou-se ainda que os participantes integrados em alguma associação foram os que apresentaram menores níveis de sobrecarga e empatia (em todos os domínios). Destacou-se ainda deste estudo a existência de diferenças em função do sexo do CI nos domínios referentes à fantasia e preocupação empática, cujos valores médios foram superiores nas mulheres.

Jütten e colaboradores (2019) analisaram a relação entre empatia, sintomatologia clínica (depressão e ansiedade) e os níveis de sobrecarga em CI. Os autores comparam ainda os níveis de empatia (nos domínios afetivo e cognitivo) entre pessoas que assumiam o papel de CI de uma PcD e aqueles que não assumem este papel. A amostra incluiu um grupo de participantes composto por 201 CI, com 18 ou mais anos de idade (a média etária foi de 60,80 anos), responsáveis pelo cuidado (pelo menos oito horas por semana) de um familiar ou de uma pessoa amiga com demência, a residir em contexto domiciliário. Destes 79% e 21% eram, respetivamente, do sexo feminino e masculino. A maioria dos cuidadores tinha relações familiares com a pessoa cuidada (41% eram cônjuges e 45% eram filhos) e 50% coabitavam com a pessoa cuidada. Já o segundo grupo de participantes incluiu 187 pessoas, com 18 ou mais anos de idade (sendo a média de idades de 58,60 anos), que não eram cuidadoras de uma PcD. Estes eram maioritariamente do sexo feminino (71%). Como instrumentos de recolha de foi utilizada a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) para avaliação dos sintomas ansiosos e depressivos; o IRI (Davis, 1980) para avaliação da empatia e a escala

*Caregiver Reaction Assessment-Dutch* (CRA-D) (Nijboer e colaboradores, 1999) para avaliação da sobrecarga. Os resultados revelaram que os grupos apenas se diferenciaram na sintomatologia clínica (sendo os sintomas de ansiedade e depressão maiores no grupo de CI). Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise quanto aos níveis de empatia (nos domínios cognitivo e emocional). Existiu, contudo, um efeito diferenciado da empatia na sintomatologia clínica consoante o empatizador exercia (ou não) um papel de cuidador de uma PcD. Para os participantes não cuidadores de uma PcD a presença de níveis de empatia elevados ou baixos surgiram associados a uma maior sintomatologia depressiva e ansiosa. Nos CI maiores níveis de empatia cognitiva e menores níveis de empatia afetiva associaram-se, respetivamente, à presença de menos sintomas depressivos e de menos sintomas de ansiedade. Acresce ainda sublinhar que não foi evidente uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de empatia e de sobrecarga dos CI, o que os autores justificaram pela especificidade do instrumentos utilizados para avaliar a sobrecarga (o qual consagra aspetos como: autoestima, problemas financeiros, impacto de cuidar, apoio familiar, empatia e sobrecarga do cuidador) e a IRI (que segundo estes autores pode avaliar não os domínios cognitivos e afetivos da empatia mas a opinião dos mesmos sobre como eles se sentiriam/agiriam). Refletindo sobre o potencial destes resultados para a intervenção, os autores sublinham a necessidade de desenvolver intervenções com os CI que aumentem os níveis de empatia cognitiva e que diminuam os níveis empatia afetiva.

Maximiano-Barreto e colaboradores (2021), analisaram os fatores associados à empatia afetiva e cognitiva em cuidadores formais (CF) e CI de pessoas idosas. Este estudo contou com um total de 111 participantes (60 CI e 51 CF), maioritariamente do sexo feminino (91%), com idades dos 33 aos 57 anos (sendo a média de 46 anos). A amostra foi ainda organizada atendendo a três grupos (empatia baixa, empatia intermediária e empatia alta), consoante a pontuação no IRI. Foram ainda aplicados aos participantes um questionário sociodemográfico, a Escala de Sobrecarga de Zarit, um questionário relativo à saúde (PHQ-9) e outro referente à avaliação funcional da pessoa cuidada. Foram evidentes diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apresentando os CI, comparativamente com os CF, maiores níveis de sobrecarga, de empatia (total e no domínio afetivo), bem como de sintomas neuropsiquiátricos e depressivos. Destacou-se ainda deste estudo que CI com maior idade e sintomas depressivos evidenciaram maiores níveis de empatia afetiva. Para estes autores, o facto

da empatia cognitiva permitir um certo distanciamento em termos de sentir o sofrimento do outro é uma possível explicação para a falta de associação entre as várias variáveis analisadas e o domínio da empatia cognitiva. Destaca-se ainda deste estudo menores valores de empatia nos CF bem como a presença de menos sintomas depressivos, o que pode ser explicado pela formação e capacitação destes profissionais para o exercício da tarefa de cuidar. Concluíram ainda que cuidadores com maiores níveis de sobrecarga evidenciavam mais sintomas depressivos e neuropsiquiátricos.

Em suma, com base nos estudos revistos apenas Maximiano-Barreto e colaboradores (2021) constataram que CI de maior idade tendem a apresentar maiores níveis de empatia afetiva e Navarro-Abal e colaboradores (2019) verificaram a existência de maiores níveis de empatia ao nível da fantasia e da preocupação empática nos CI do sexo feminino. Nalguns estudos a capacitação do cuidador (p.e., Maximiano-Barreto et al., 2021) e a presença de apoio formal dos CI (p.e., Navarro-Abal et al., 2019) parece relacionar-se com menores níveis de empatia em todos os domínios.

## Capítulo II – Investigação Empírica

Após o enquadramento teórico acerca desta temática, considera-se necessário contextualizar a vertente empírica desta investigação. Neste sentido, ao longo deste capítulo procede-se a uma clarificação da questão-problema e dos objetivos que orientam esta investigação. Num momento posterior, são descritas as opções metodológicas e também a sua fundamentação. São ainda apresentados os resultados obtidos e discutidos os mesmos, tomando em consideração os objetivos estabelecidos e a revisão de literatura efetuada.

### 2.1. Questão-problema e objetivos

No presente trabalho considerou como questão-problema a seguinte: *Que perfil de cuidador informal influencia os níveis de empatia e de sobrecarga face aos cuidados prestados a uma pessoa idosa?* Nesse sentido, e de acordo com a questão-problema traçada, definiram-se como objetivos:

- analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de sobrecarga do CI;
- analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga do CI;
- analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga percebidos pelo CI;
- analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de empatia do CI;
- analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI;
- analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI.
- analisar a relação entre os níveis de empatia e de sobrecarga percebidos pelo CI.

## **2.2. Metodologia**

Neste ponto procede-se a uma clarificação da metodologia adotada nesta investigação.

### **2.2.1. Tipo de estudo**

De modo a conseguir dar uma resposta à questão-problema inicialmente proposta, optou-se pela utilização de uma metodologia quantitativa, transversal e descritiva. Segundo Freixo (2009) o método quantitativo tem como finalidade contribuir para desenvolver e validar os conhecimentos, de modo a que se possa generalizar resultados, prever e controlar acontecimentos. No presente estudo adotou-se uma metodologia transversal, sendo a recolha de dados realizada apenas num único momento (Luna, 1998; Vilelas, 2009). Trata-se também de um estudo descritivo, o qual segundo Gil (2002), pretende estudar as características de um grupo ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis através de técnicas de recolha de dados padronizadas.

### **2.2.2. População e amostra**

Segundo Bryman (2016) a população é o total de unidades a partir do qual se seleciona a amostra. O mesmo autor refere ainda que a amostra consiste num segmento da população que é selecionado para realizar a investigação.

Neste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística, uma vez que “não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população (Coutinho, 2015, p. 95).

Para a participação no estudo adotaram-se como critérios de inclusão: ser CI primário de uma pessoa idosa (com idade igual ou superior a 65 anos), residente em Portugal; ter mais de dezoito anos de idade e aceitar participar voluntariamente no estudo. Como critérios de exclusão considerou-se: o facto de a pessoa cuidada já ter falecido; a pessoa cuidada estar institucionalizada, bem como a residir fora do país; e o CI apresentar um défice cognitivo que impossibilitasse o preenchimento do instrumento de recolha de dados.

### **2.2.3. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas**

Antes da recolha de dados, foram contactados, por correio eletrónico, os autores dos seguintes instrumentos: Índice de Reatividade Interpessoal (Limpo et al., 2010) (anexo 1), Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) (anexo 2) e Índice de Barthel (Araújo et al., 2007) (anexo, 3), tendo sido concedidas as respetivas autorizações por cada um dos autores.

O processo de sinalização dos CI e a recolha de informação junto dos mesmos foi dificultada pelas restrições da atual situação pandémica. A fim de sinalizar CI foram efetuados diversos contactos telefónicos e por *email* a instituições e associações que prestam apoio a CI e com respostas direcionadas às pessoas idosas. Nestes contactos foi solicitada a colaboração na divulgação do inquérito de questionário *online* junto de CI que cumprissem os critérios estipulados para o presente estudo. Atendendo à reduzida colaboração ao nível institucional, foram ainda efetuados alguns contactos informais através de pessoas conhecidas na comunidade local.

O questionário foi colocado no *Google Forms* de modo a que os participantes o pudessem preencher. Ainda que a maioria dos questionários tenha sido preenchido pelo próprio CI, alguns dos CI sinalizados estavam afetos a Serviços de Apoio ao Domicílio (SAD) ou Centros de Dia (CD) tendo havido o apoio dos técnicos na aplicação do instrumento de recolha de dados.

A recolha de dados ocorreu de março a junho de 2021. O questionário a aplicar aos CI incluía breve explicação e esclarecimento acerca do objetivo do estudo. Os cuidadores podiam recusar ou cessar a sua participação a qualquer momento, bastando para tal fechar a página disponibilizada para preenchimento do questionário. No questionário não foi solicitada informação que permitisse a identificação dos participantes. Todas as situações foram mantidas em total anonimato e os dados foram tratados somente para os propósitos deste estudo

Após o preenchimento e recolha de todos os questionários, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos, aspeto que se clarifica mais adiante.

### **2.3. Instrumentos de recolha de dados**

Para a recolha de dados foi elaborado um inquérito por questionário. Foram ainda incluídos três instrumentos, nomeadamente, o Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), a

Escala de Sobrecarga do Cuidador/ESC (Sequeira, 2007) e o Índice de Reatividade Interpessoal/IRI (Limpo et al., 2010).

### **2.3.1. Inquérito por questionário**

Para a realização deste estudo utilizou-se um inquérito por questionário, uma vez permite uma análise acessível e rápida de fenómenos sociais a um número considerável de respostas. Este questionário, direcionado aos CI, foi elaborado atendendo aos objetivos delineados para este estudo e a revisão bibliográfica do tema em estudo. Posteriormente, o questionário foi analisado por dois especialistas, de modo a que fosse verificada a adequação das perguntas, não tendo sido efetuadas alterações sobre o mesmo. De forma a determinar a clareza e compreensão do instrumento este foi aplicado previamente a quatro CI, não tendo havido a necessidade de proceder a alterações no instrumento de recolha de dados. A versão final do questionário (anexo 4) estrutura-se em cinco partes, de acordo com os parâmetros, que se passam a explicar de seguida:

- parte I (“Caracterização do Cuidador Informal”), na qual se procede à caracterização sociodemográfica do CI (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, atual situação profissional, distrito de residência habitual, tempo em anos enquanto cuidador, tipo de cuidados prestados à pessoa cuidada, existência de apoio formal/informal);

- parte II (“Caracterização da Pessoa(s) Cuidada(s)”) na qual é solicitada informação sobre a pessoa idosa cuidada (como o sexo, a idade, existência de diagnóstico de demência, relação da pessoa cuidada com o CI e coabitação com a mesma);

- parte III (“Avaliação Funcional da Pessoa Cuidada”) é avaliado o grau de funcionalidade mensurado através do Índice de Barthel (Araújo e colaboradores, 2007), que se clarifica mais adiante;

- parte IV (“Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador” de Sequeira, 2007) através da qual é avaliado o grau de sobrecarga do CI e que se explicita mais adiante;

- parte V (“Índice de Reatividade Interpessoal” de Limpo et al., 2010) para avaliação dos níveis de empatia do CI, aspeto desenvolvido de seguida.

### 2.3.2. Índice de Barthel

O Índice de Barthel permite determinar o grau de dependência funcional da pessoa cuidada na realização de dez ABVD, nomeadamente, comer, vestir e despir, higiene pessoal, utilização dos sanitários, tomar banho, deambulação, controlo dos esfíncteres, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação global varia de 0 a

20, sendo que quanto mais elevada for maior será o nível de independência (Araújo et al., 2007). Os pontos de corte usados neste estudo são: 0-8 pontos (dependência total); 9-12 pontos (dependência grave); 13-19 (dependência moderada) e 20 pontos: (independência total), como se resume na Tabela 1.

Tabela 1. Pontos de corte no Índice de Barthel (Araújo et al., 2007).

Pontuação	Nível de Dependência
20	Independência total
13-19	Dependência moderada
9-12	Dependência grave
0-8	Total dependência

Trata-se de um instrumento fácil e rápida aplicação, validado e adaptado para a população portuguesa que permite resultados bastante consistentes ao nível da avaliação do grau de independência das pessoas idosas. Este instrumento apresenta um nível de fidelidade elevado, sendo o Alfa de Cronbach de 0,96 (Araújo et al., 2007). No presente estudo procedeu-se a uma análise da consistência interna, sendo o valor de Alfa de Cronbach de 0,93, indicador de uma consistência interna excelente (Maroco, 2010).

### 2.3.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador

A Escala de Sobrecarga do Cuidador, traduzida e adaptada por Sequeira (2007) para a população portuguesa a partir da *Burden Interview Scale de Zarit* (Zarit & Zarit, 1983), avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI. Esta escala agrupa-se em quatro dimensões, a saber (Sequeira, 2007):

- “Impacto da prestação de cuidados” (IPC), o qual engloba onze itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22) relacionados com a prestação de cuidados diretos, em que se

destacam a alteração no estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração nas relações sociais e familiares, a escassez de tempo e o desgaste físico e mental. Este fator apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha=0,93$ );

- “Relação Interpessoal” (RI), que integra cinco itens (4, 5, 16, 18 e 19) associados à sobrecarga resultante da relação entre o cuidador e a pessoa recetora de cuidados. O alfa de Cronbach é de 0,83;

- “Expetativas face a cuidar” (EC) que inclui quatro itens (7, 8, 14 e 15) referentes às expetativas do cuidador face à prestação de cuidados, dando especial ênfase à disponibilidade, bem como medos e receios. O alfa de Cronbach desta dimensão é de 0,67;

- “Perceção de Autoeficácia” (PA), constituído por dois itens (20 e 21), que avaliam a perceção do CI face ao seu desempenho enquanto prestador de cuidados e, apresenta um Alfa de Cronbach de 0,80.

A Escala de Sobrecarga contém 22 itens pontuados de forma quantitativa/qualitativa numa escala de Likert que varia de 1 (“Nunca”) a 5 (“Quase sempre”). Para além da pontuação nas quatro dimensões anteriormente mencionadas, é possível obter uma pontuação global que pode ir de 22 a 110 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de sobrecarga. Uma pontuação inferior a 46 indica que o cuidador não possui sobrecarga; de 46 a 56 indica sobrecarga ligeira e superior a 56 indica sobrecarga intensa (Sequeira, 2007, 2010, 2013).

Este instrumento apresenta, na sua versão original (Sequeira, 2007) e no presente estudo uma consistência interna excelente avaliada através do Alfa de Cronbach, respetivamente de  $\alpha = 0,93$  e de  $\alpha = 0,94$ . No presente estudo procedeu-se ainda a uma análise da consistência interna para cada dimensão e globalmente (Tabela 2). Os valores obtidos nas subescalas IPC ( $\alpha = 0,93$ ) e PA ( $\alpha = 0,91$ ) também são indicadores de uma consistência interna excelente. Na subescala RI o valor obtido de 0,84 é indicador de uma boa consistência interna. Na subescala EC o valor de 0,69 é indicador uma consistência medíocre (Maroco, 2010).

Tabela 2. Dimensões da escala ESC e respectivas subescala e Alfa de Cronbach neste estudo.

Dimensões	Itens	Alfa de Cronbach
Impacto da prestação de cuidados (IPC)	1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22	0,93
Relação Interpessoal (RI)	4, 5, 16, 18 e 19	0,84
Expetativas face ao cuidar (EC)	7, 8, 14 e 15	0,69
Perceção de Autoeficácia (PA)	20 e 21	0,91
ESC Global	Todos	0,94

### 2.3.4. Índice de Reatividade Interpessoal

O Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) (Davis, 1983), foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Limpo e seus colaboradores (2010). É um instrumento de autorrelato amplamente utilizado na investigação para avaliar a perceção que os sujeitos têm sobre a sua capacidade empática, através de uma abordagem multidimensional. O IRI inclui 24 itens referentes a sentimentos ou pensamentos que a pessoa possa (ou não) ter experienciado. Os itens que compõem o IRI agrupam-se em quatro subescalas: desconforto pessoal, preocupação empática, tomada de perspectiva e fantasia. Cada subescala inclui seis itens. Para cada item que compõe o IRI é solicitado ao respondente que indique em que medida cada afirmação se aplica a si próprio, mediante uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que vão desde o 0 (“Não me descreve bem”) ao 4 (“Descreve-me muito bem”). As pontuações variam de 0 a 24. A cotação do IRI é feita somando os valores por subescala e fazendo a média, sendo que nos itens 2, 3, 10, 12 e 15 as cotações são invertidas (0 passa a 4, 3 passa a 1, e vice-versa). Uma maior pontuação global no IRI indica a presença de maiores níveis de empatia.

A subescala Tomada de Perspetiva (TP) mede a tendência para compreender e adotar os pontos de vista de outra pessoa de forma espontânea, antecipando os seus comportamentos e reações (p.e., “Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas”). A subescala Fantasia (F) avalia a propensão da pessoa para identificar-se com personagens fictícias de filmes, romances ou livros e imaginar os seus sentimentos e as suas ações (p.e., “Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance”). A subescala Desconforto Pessoal (DP) avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e angústia em ambientes interpessoais

tenso, especialmente quando testemunha as experiências negativas dos outros (p.e., “Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo(a)”). A subescala Preocupação Empática (PE) avalia a capacidade do sujeito para experienciar sentimentos de compaixão de preocupação com o outro (p.e., “Fico muitas vezes emocionado(a) com coisas que vejo acontecer”).

Importa mencionar que o IRI apresenta um bom índice de consistência interna de Alfa de Cronbach nas subescalas de TP ( $\alpha = 0,74$ ), F ( $\alpha = 0,83$ ), DP ( $\alpha = 0,81$ ) e PE ( $\alpha = 0,77$ ) (Limpo et al., 2010). Nesta investigação procedeu-se a uma análise da consistência interna do IRI (Tabela 3), sendo que para os 24 itens assume um valor de  $\alpha$  de 0,68, o qual é considerado medíocre. Os valores obtidos nas subescalas variam entre 0,59 e 0,75. Os valores são considerados médios na subescala TP ( $\alpha = 0,75$ ), maus mas ainda aceitáveis nas subescalas DP ( $\alpha = 0,60$ ) e PE ( $\alpha = 0,59$ ) e medíocre na subescala F ( $\alpha = 0,65$ ) (Maroco, 2010).

Tabela 3. Subescalas da escala IRI e consistência interna.

Subescalas	Itens	Alfa de Cronbach
Tomada de Perspetiva (TP)	2, 7, 9, 17, 21 e 24	0,75
Fantasia (F)	4, 6, 10, 13, 19 e 22	0,65
Desconforto Pessoal (DP)	5, 11, 14, 15, 20 e 23	0,60
Preocupação Empática (PE)	1, 3, 8, 12, 16 e 18	0,59
IRI Global	Todos	0,68

## 2.4. Análise de tratamento dos dados

De acordo com os objetivos de trabalho apresentados, a análise estatística dos dados foi tratada com recurso a software aplicativo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20), para o sistema operativo Windows.

Para uma caracterização dos participantes e das pessoas idosas cuidadas recorreu-se à análise descritiva simples (frequências e percentagens), bem como a uma análise de média (medida de tendência central) e do desvio padrão (medida de dispersão). Para descrever as variáveis sobrecarga e empatia utilizaram-se medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

A fidelidade das subescalas utilizadas foi avaliada através do coeficiente do Alfa de Cronbach, uma medida de consistência interna. Nesta análise e adotando-se as

recomendações de Maroco (2010) considerou-se uma consistência interna inaceitável quando o valor é igual ou inferior a 0,50; mau mas ainda aceitável quando inferior a 0,60; medíocre quando inferior a 0,70; média quando inferior a 0,80; boa quando inferior a 0,90; e muito boa quando superior a 0,90.

Optou-se ainda por uma estatística inferencial não paramétrica, já que as variáveis em análise não apresentaram normalidade da distribuição (Testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov). Para o teste de hipóteses foram aplicados os seguintes testes não paramétricos: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Foi ainda utilizado o coeficiente de correlação de Spearman de modo a analisar a intensidade e sentido das relações entre as variáveis numéricas, considerando-se como uma associação linear muito baixa um  $r$  menor que 0,2; uma associação baixa quando o valor de  $r$  se situa entre 0,2 e 0,39; uma associação moderada quando o valor de  $r$  está entre 0,4 e 0,69; uma associação alta quando o valor de  $r$  está entre 0,7 e 0,89; e uma associação muito alta quando o valor de  $r$  está entre 0,9 e 1. Esta lógica também se aplicou para as correlações negativas (Pestana & Gagero, 2008).

## **2.5. Apresentação dos resultados**

Neste ponto apresentam-se os dados deste estudo, organizando-os em cinco pontos: numa primeiro ponto procede-se à caracterização sociodemográfica dos CI; num segundo ponto é tecida uma caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa cuidada; num terceiro ponto procede-se à caracterização do contexto de prestação de cuidados; num quarto ponto procede-se à caracterização dos níveis de sobrecarga dos CI na escala ESC; num quinto ponto apresenta-se caracterizam-se níveis de empatia dos CI na escala IRI; e, por último, analisa-se a relação entre os níveis de sobrecarga e empatia dos CI.

### **2.5.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais**

De seguida apresenta-se uma caracterização sociodemográfica dos CI que participaram neste estudo (um total de 85 cuidadores) (Tabela 4). A maioria dos participantes é do sexo feminino (94,12%), tendo participado apenas cinco (5,88%) pessoas do sexo masculino. A média de idades dos CI é de 52,68 (DP=14,45), variando dos 19 aos 83 anos de idade. A este propósito, e tal como consta na Figura 2, constata-se

que grande parte dos CI tem idades dos 52 aos 62 anos (32,94%; n=28), seguido dos 41 aos 51 anos (24,71%; n=21), dos 63 aos 73 anos (18,82%; n=16), dos 19 aos 29 anos (10,59%; n=9), dos 30 aos 40 anos (8,24%; n=7) e dos 74 aos 84 anos (4,71%; n=4).

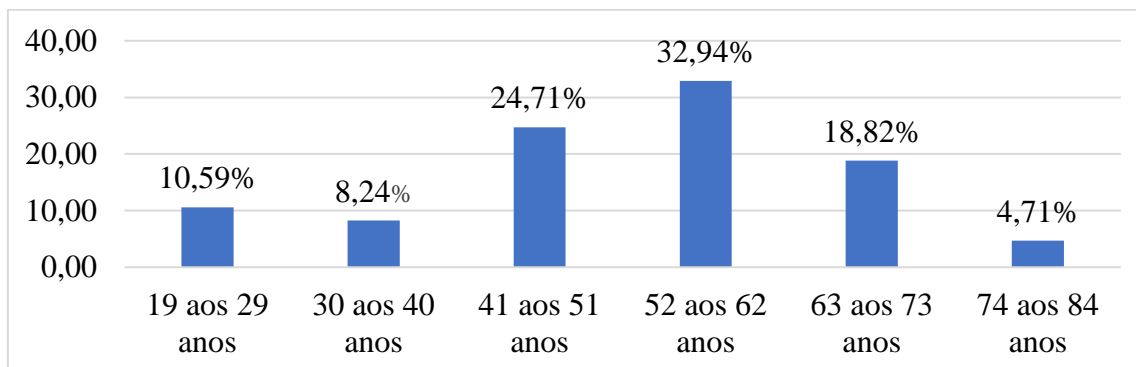


Figura 2. Caracterização etária dos CI deste estudo.

Em relação ao estado civil, 51 (60,0%) dos cuidadores estão casados ou em união de facto, 16 (18,82%) solteiros, 14 (16,47%) divorciados/ separados e 4 (4,71%) viúvos. Relativamente ao grau de escolaridade, 34 (40,0%) possuem um curso superior, 22 (25,88%) o Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus, 14 (16,47%) o 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe, 11 (12,94%) o 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus e 4 (4,71%) o 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório (Tabela 4).

Em relação à sua atual situação profissional, 52 cuidadores estão empregados (61,18%), 19 (22,35%) estão reformados, 13 (15,29%) estão desempregados e 1 (1,18%) é estudante. Destaca-se deste estudo que 61,18% (n=52) dos CI se encontra empregado (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos CI.

	n (%)	M (DP)	Min.	Máx.
Sexo				
Masculino	5 (5,88%)			
Feminino	80 (94,12%)			
Idade (anos)		52,68 (14,45)	19	83
Estado Civil				
Solteiro(a)	16 (18,82%)			
Casado(a)/União de facto	51 (60,0%)			
Divorciado(a)/Separado(a)	14 (16,47%)			
Viúvo(a)	4 (4,71%)			
Escolaridade				
1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe	14 (16,47%)			
2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório	4 (4,71%)			
3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus	11 (12,94%)			
Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus	22 (25,88%)			
Ensino Superior	34 (40,0%)			
Situação profissional				
Reformado(a)	19 (22,40%)			
Empregado(a)	52 (61,18%)			
Desempregado(a)	13 (15,30%)			
Estudante	1 (1,20%)			
Empregabilidade do CI				
Não	33 (38,82%)			
Sim	52 (61,18%)			

Neste estudo, os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, corroborando a feminização ainda associada à assunção do papel de cuidador (p.e., Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006). Contrariamente ao esperado (p.e., Teixeira, 2018), neste estudo grande parte da amostra tem um nível de escolaridade superior. Em grande parte dos estudos revistos, a figura do cuidador recai habitualmente no cônjuge/companheiro, o qual tende a ser também alguém de idade mais avançada. Neste estudo, os cuidadores são, sobretudo, descendentes e enquadrados, em termos de ciclo vital, no período da adultez. É também de salientar que grande parte dos cuidadores deste estudo, conciliam a atividade laboral com o desempenho do papel de cuidador, realidade que não é a mais comum ao nível da União Europeia (Teixeira, 2018). Estas peculiaridades da amostra talvez se possam justificar pela forma como se recolheram os dados (através de um instrumento divulgado e disponibilizado *online*).

No que concerne ao distrito de residência, 16 (18,82%) cuidadores residem no Porto, 11 (12,94%) em Braga, 10 (11,76%) em Bragança, 8 (9,41%) em Lisboa, 8 (9,41%) em Aveiro, 4 (4,71%) em Leiria, 4 (4,71%) em Faro, 4 (4,71%) em Coimbra, 4 (4,71%) em Vila Real, 3 (3,53%) em Castelo Branco, 2 (2,35%) em Setúbal, 2 (2,35%) em Santarém, 2 (2,35%) em Viseu, 2 (2,35%) nos Açores, 2 (2,35%) em Viana do Castelo, 2 (2,35%) na Guarda e 1 (1,18%) em Évora (Figura 3).

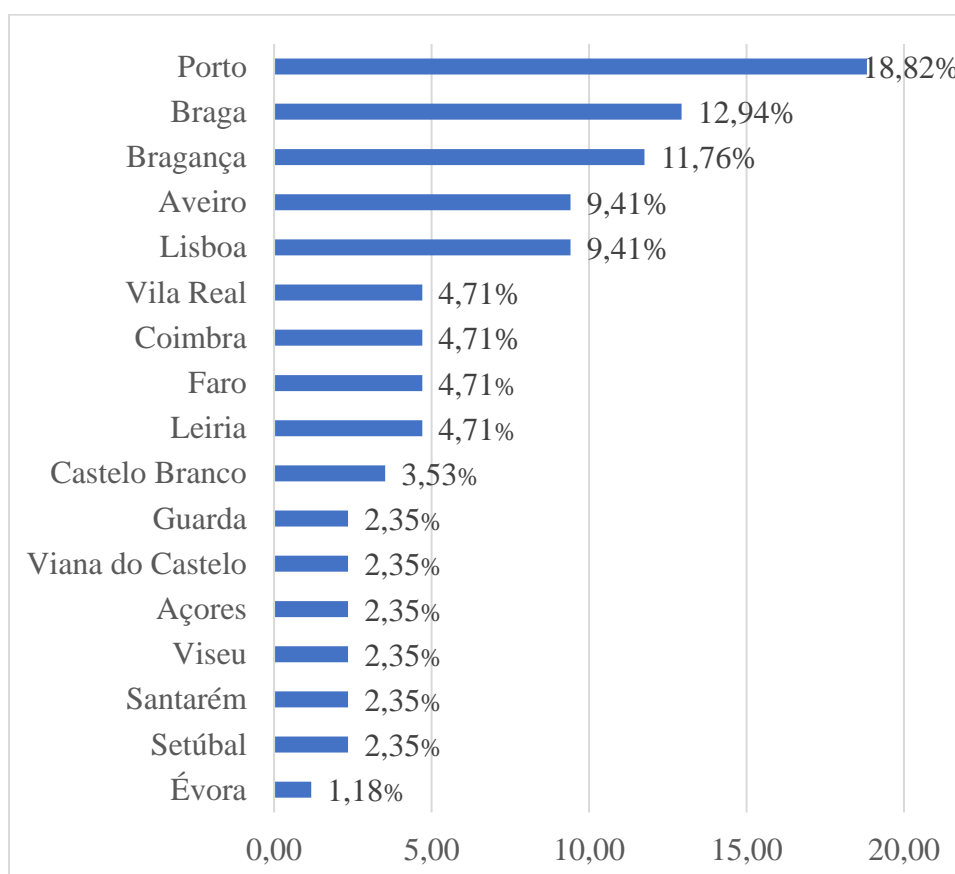


Figura 3. Caracterização dos CI em função do distrito de residência.

### 2.5.2. Caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa cuidada

No que diz respeito à pessoa cuidada, a maioria é do sexo feminino (71,76%; n=61), sendo as demais do sexo masculino (28,24%; n=24). As idades da pessoa cuidada variam dos 65 anos de idade aos 101 anos de idade, sendo a média de idades de 85,07 anos (DP =7,54). A maioria das pessoas idosas cuidadas tem 81 a 91 anos (56,47%; n=48), seguindo-se o período etários dos 92 ou mais anos de idade (21,18%; n=18), dos 70 aos 80 anos (17,65%; n=15) e até aos 69 anos (4,71%; n=4). O perfil da pessoa idosa cuidada é, maioritariamente, de idade avançada (Tabela 5).

Verifica-se ainda que 58,82% (n=50) das pessoas cuidadas apresentam uma síndrome demencial. De acordo com a classificação da funcionalidade no Índice de Barthel, 45,88% (n=39) das pessoas cuidadas possuem uma dependência total, 34,12% (n=29) dependência moderada e 20,0% (n=17) dependência grave no que toca às ABVD (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa idosa cuidada.

		n (%)	M (DP)	Min.	Máx.
Sexo	Masculino	24 (28,24%)			
	Feminino	61 (71,76%)			
Idade (anos)	Até 69 anos	4 (4,71%)	85,07 (7,54)	65	101,00
	70-80 anos	15 (17,65%)			
	81-91	48 (56,47%)			
	≥92 anos	18 (21,18%)			
Diagnóstico de demência	Não	35 (41,18%)			
	Sim	50 (58,82%)			
Dependência nas ABVD	Total	39 (45,88%)			
	Grave	17 (20,0%)			
	Moderada	29 (34,12%)			

Grande parte das pessoas cuidadas neste estudo têm idades iguais ou superiores a 70 anos e são, sobretudo do sexo feminino, resultado este que vai ao encontro de outros estudos revistos (p.e. Teixeira, 2018). É igualmente de salientar, que muitas das pessoas cuidadas apresentam um diagnóstico de demência e todas as pessoas cuidadas possuem algum tipo de dependência nas ABVD (total, seguida da moderada e por último da grave).

### 2.5.3. Caracterização do contexto de prestação de cuidados

Quanto ao contexto de prestação de cuidados, analisa-se de seguida a relação do CI com a pessoa cuidada, a coabitação com a mesma, a duração da prestação de cuidados (anos), a tipologia de cuidados prestados pelos cuidadores e se os cuidadores recebem alguma forma de apoio (in)formal.

Mais concretamente, em relação ao grau de parentesco do CI com a pessoa cuidada, 63,53% (n=54) dos CI são filhos(a)/ enteados(as), 14,12% (n=12) são netos(as),

8,24% (n=7) são cônjuges/companheiros(as), 7,06% (n=6) são amigos(as)/vizinhos(as) e 4,71% (n=4) genros/noras. Em iguais percentagens (1,18%; n=1) encontram-se os primos(as) e sobrinhos(as) (Figura 4). À semelhança do apontado na literatura (p.e., Figueiredo, 2007; Sousa et al., 2006; Teixeira, 2018), o cuidar de uma pessoa idosa dependente é ainda frequentemente atribuído a familiares diretos.

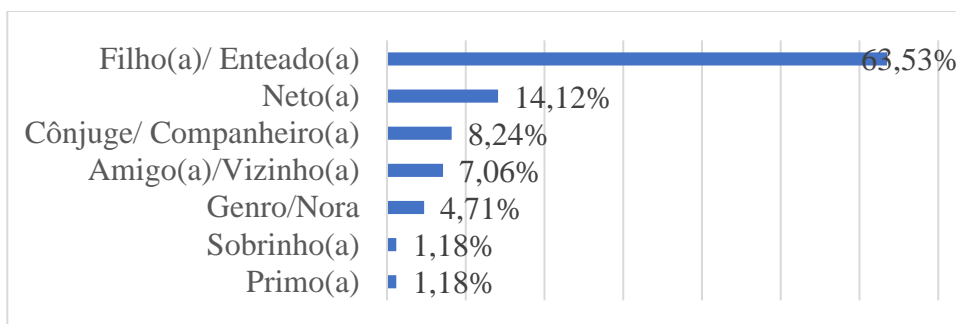


Figura 4. Relação do CI com a pessoa idosa cuidada.

De destacar ainda que 64,71% dos CI (n=55) coabitam com a pessoa cuidada (Figura 5).

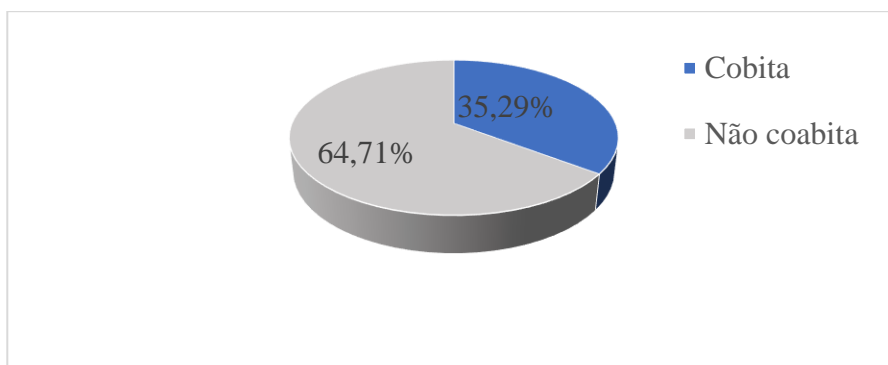


Figura 5. Coabitação do CI com a pessoa idosa cuidada.

Quanto ao tempo de duração da prestação de cuidados, a média é de 6,76 anos (DP = 5,89), sendo o menor período temporal de 1 ano e o máximo de 30 anos. De referir que 55,29% (n=47) dos participantes cuidam da pessoa num período entre 1 a 5 anos, 27,06% (n=23) de 6 a 10 anos, 11,76% (n=10) de 11 a 15 anos, 3,53% (n=3) de 26 a 30 anos e 2,35% (n=2) de 16 a 20 anos (Figura 6).

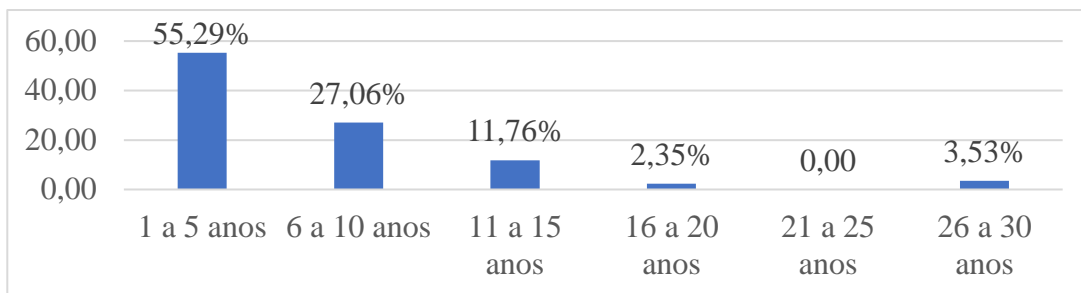


Figura 6. Duração da prestação de cuidados.

Quanto à tipologia de cuidados prestados pelos CI destaca-se uma maior participação na administração da medicação (87,10%; n=74), seguido do apoio pessoal (higiene pessoal, vestir/despir, comer,...) (85,90%; n=73), do acompanhamento da pessoa cuidada em consultas (83,53%; n=71), do apoio na realização das compras (78,82%; n=67), do apoio na realização das tarefas domésticas (arrumar e limpar a casa, cozinhar) (76,47%; n=65), do apoio na mobilidade/transferência da pessoa cuidada (75,29%; n=64), do apoio na gestão de assuntos administrativos (67,06%; n=57), do apoio na gestão do dinheiro (61,18%; n=52) e do apoio nas atividades recreativas/ de lazer (56,47%; n=48) (Figura 7).

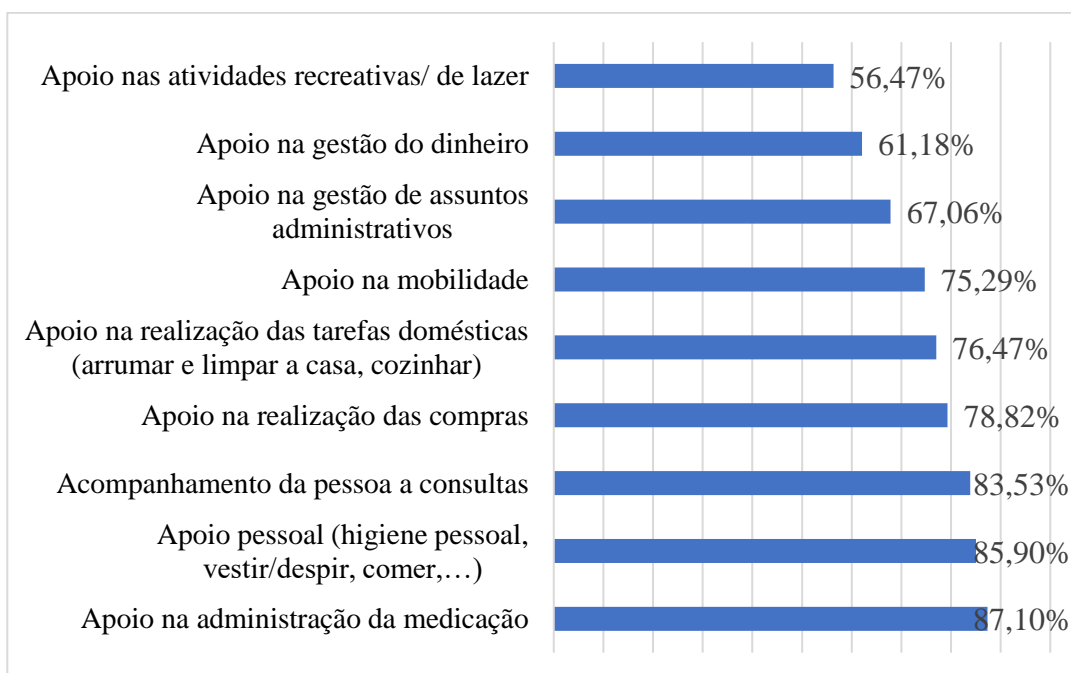


Figura 7. Caracterização dos tipos de apoio prestados pelos CI no cuidado à pessoa idosa.

Na amostra em estudo 77,65% (n=66) dos CI recebem alguma forma de apoio informal ou formal, enquanto 22,35% (n=19) não recebem qualquer tipo de apoio.

De entre os CI que recebem apoio importa mencionar que 45,88% (n=39) são apoiados por outro familiar, 25,88% (n=22) através do Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD), 14,12% (n=12) por uma empregada doméstica, 5,88% (n=5) através do Centro de Dia (CD), 1,18% (n=1) por uma Associação que presta a apoio a familiares de uma PcD e 1,18% (n=1) por uma pessoa amiga (Figura 7).

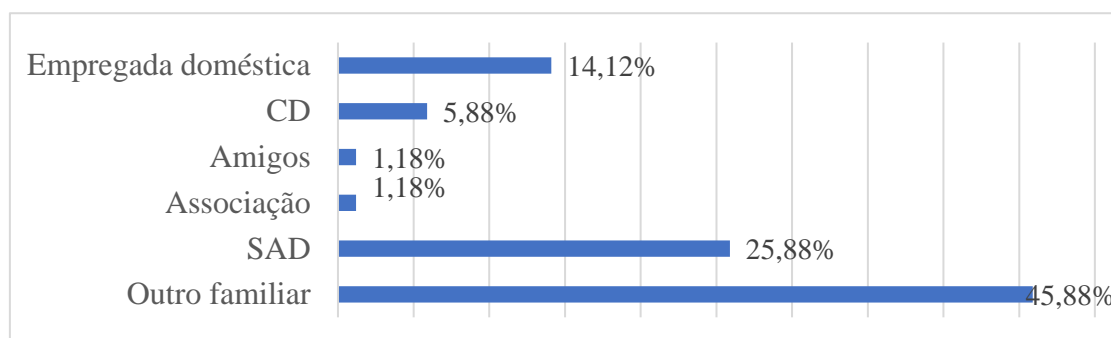


Figura 8. Apoios informais e formais recebidos pelos CI no desempenho das suas funções.

De referir ainda que neste estudo 52,94% (n=45) dos CI recebem alguma forma de apoio informal (proporcionada por familiares, amigos ou empregada doméstica), enquanto 47,10% (n=40) não recebem qualquer forma de apoio formal.

#### 2.5.4. Caracterização dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais

Na Tabela 6 apresenta-se a distribuição das respostas dos CI nos diferentes itens da escala ESC e nas dimensões que a compõem, sendo indicada a frequência absoluta e a relativa percentual, bem como a média (M) e o desvio padrão (DP).

Nestes estudos os CI apresentam maiores valores de sobrecarga na dimensão RI (M=2,75; DP=0,97), seguida da IPC (M=2,67; DP=0,81), da PA (M=2,40; DP= 0,83) e EC (M=2,03; DP=0,85) (Tabela 6).

Na dimensão IPC os valores médios oscilam de 2,14 (Item 13 – “Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?”) a 3,26 (Item 2- “ Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?”). Nesta dimensão o valor médio é de 2,67 e o desvio padrão é de 0,81 (Tabela 6). Nesta dimensão cinco (45,45%; itens 2, 3, 10, 11 e 12) dos

onze itens que a compõem apresentam médias iguais ou superiores a 3, indicadores de valores de sobrecarga elevados (Tabela 6).

Na dimensão RI as pontuações médias variam de 1,54 (Item 4- “Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?”) a 2,55 (Item 16 – “Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?”). Quanto a esta dimensão a média é de 2,75 e o desvio padrão de 0,97. Os cinco itens que constituem esta dimensão evidenciam valores médios inferiores a 3, indicadores de baixos níveis de sobrecarga (Tabela 6).

Na dimensão EC as médias variam de 2,57 (Item 15 – “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?”) a 2,41 (Item 8 – “Considera que o seu familiar está dependente de si?”), sendo a média das respostas a todos os itens de 2,03 e o desvio padrão de 0,85 ). Nesta dimensão três (75%; itens 2, 3, 10, 11 e 12) dos quatro itens que a constituem apresentam médias iguais ou superiores a 3, o que indicia valores de sobrecarga elevados (Tabela 6).

Na dimensão PA a pontuação média varia de 2,33 (Item 21 – “Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?”) a 2,45 (Item 20 – “Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?”). Nesta dimensão a pontuação média é de 2,39 e o desvio padrão de 1,01. Os dois itens que compõem esta dimensão evidenciam valores médios inferiores a 3, indicadores de baixos níveis de sobrecarga (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição das respostas dos CI na escala ESC global e nas dimensões que a compõem.

Dimensões	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Média (Desvio Padrão)
	I1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	29 (34,12%)	18 (21,18%)	23 (27,06%)	11 (12,94%)	4 (4,71%)	2,33 (1,21)
	I2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	8 (9,41%)	14 (16,47%)	28 (32,94%)	18 (21,18%)	17 (20,00%)	3,26 (1,23)
	I3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	10 (11,76%)	11 (12,94%)	36 (42,35%)	19 (22,35%)	9 (10,59%)	3,07 (1,12)
	I6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	32 (37,65%)	18 (21,18%)	22 (25,88%)	6 (7,06%)	7 (8,24%)	2,27 (1,27)
	I9. Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?	17 (20,00%)	16 (18,82%)	26 (30,59%)	18 (21,18%)	8 (9,41%)	2,81 (1,25)
IPC	I10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	16 (18,82%)	11 (12,94%)	27 (31,76%)	19 (22,35%)	12 (14,12%)	3,00 (1,30)
	I11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	15 (17,65%)	12 (14,12%)	25 (29,41%)	16 (18,82%)	17 (20,00%)	3,09 (1,36)
	I12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	22 (25,88%)	20 (23,53%)	19 (22,35%)	15 (17,65%)	9 (10,59%)	2,64 (1,33)
	I13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	39 (45,88%)	18 (21,18%)	12 (14,12%)	9 (10,59%)	7 (8,24%)	2,14 (1,33)
	I17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	20 (23,53%)	24 (28,24%)	16 (18,82%)	15 (17,65%)	10 (11,76%)	2,66 (1,33)
	I22. Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?	14 (16,47%)	16 (18,82%)	25 (29,41%)	19 (22,35%)	11 (12,94%)	2,96 (1,27)
	IPC total						2,67 (0,81)

Dimensões	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Média (Desvio Padrão)
RI	I4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	59 (69,41%)	13 (15,29%)	8 (9,41%)	3 (3,53%)	2 (2,35%)	1,54 (0,97)
	I5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	42 (49,41%)	24 (28,24%)	13 (15,29%)	5 (5,88%)	1 (1,18%)	1,81 (0,98)
	I16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	21 (24,71%)	21 (24,71%)	23 (27,06%)	15 (17,65%)	5 (5,88%)	2,55 (1,21)
	I18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	42 (49,41%)	18 (21,18%)	15 (17,65%)	8 (9,41%)	2 (2,35%)	1,94 (1,13)
	I19. Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?	25 (29,41%)	26 (30,59%)	20 (23,53%)	12 (14,12%)	2 (2,35%)	2,29 (1,11)
	RI total						
EC	I7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	11 (12,94%)	8 (9,41%)	26 (30,59%)	18 (21,18%)	22 (25,88%)	3,38 (1,32)
	I8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	2 (2,35%)	4 (4,71%)	14 (16,47%)	19 (22,35%)	46 (54,12%)	4,21 (1,04)
	I14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	14 (16,47%)	12 (14,12%)	11 (12,94%)	18 (21,18%)	30 (35,29%)	3,45 (1,50)
	I15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	27 (31,76%)	17 (20,00%)	16 (18,82%)	16 (18,82%)	9 (10,59%)	2,56 (1,38)
	EC total						

Dimensões	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Média (Desvio Padrão)
PA	I20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	17 (20,00%)	28 (32,94%)	30 (35,29%)	5 (5,88%)	5 (5,88%)	2,45 (1,06)
	I21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	20 (23,53%)	30 (35,29%)	25 (29,41%)	7 (8,24%)	3 (3,53%)	2,33 (1,04)
PA total							2,39 (1,01)
ESC Global							2,40 (0,83)

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia.

A distribuição dos CI segundo os níveis de sobrecarga permite evidenciar que 57,65% (n=49) apresentam níveis de sobrecarga intensa, 22,35% (n=19) não manifestam sinais de sobrecarga e 20% (n=17) apresentam sobrecarga ligeira (Figura 9).

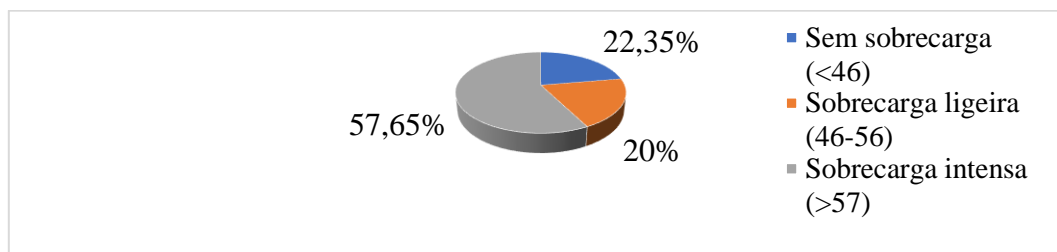


Figura 9. Níveis de sobrecarga dos CI na escala ESC.

Na tabela 7 apresentam-se os valores médios e o desvio padrão em cada dimensão da escala ESC atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional). São ainda apresentados os valores de prova obtidos no teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, de forma a averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

No que diz respeito à idade do CI registam-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação global da ESC e nas dimensões IPC, RI e EC. Os dados parecem indicar que são os CI com idades de 19 a 29 anos que apresentam valores médios mais baixos de sobrecarga na pontuação global da ESC e nas diferentes dimensões – IPC, RI e EC e PA. Os níveis de sobrecarga no domínio PA não diferem em função da idade dos CI. Relativamente ao estado civil do CI existem diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão EC. São os CI solteiros que apresentam valores médios mais baixo de sobrecarga no que diz à dimensão EC. Em relação ao nível de escolaridade do CI verificam-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão EC, parecendo indicar que são os CI com o 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)/ Antiga 4ª classe que apresentam valores médios mais elevados de sobrecarga nesta dimensão. Quando analisada a relação entre a situação profissional do CI e os níveis de sobrecarga averigua-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no âmbito da dimensão EC ( $U = 608,00$ ;  $p = 0,023$ ). Os CI que não estão empregados parecem apresentar maiores níveis de sobrecarga nesta dimensão (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional).

		IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
Idade	19 aos 29 anos	2,19 (0,74)	2,24 (0,99)	1,42 (0,39)	2,44 (1,18)	1,89 (1,05)
	30 aos 40 anos	2,34 (0,33)	2,42 (0,43)	1,57 (0,35)	2,50 (1,04)	2,14 (0,69)
	41 aos 51 anos	2,46 (1,03)	2,47 (1,12)	1,88 (1,08)	2,45 (1,21)	2,19 (0,87)
	52 e os 62 anos	2,94 (0,72)	3,11 (0,94)	2,23 (0,76)	2,34 (0,95)	2,64 (0,73)
	63 aos 73 anos	2,98 (0,63)	3,04 (0,72)	2,43 (0,76)	2,44 (0,81)	2,75 (0,58)
	74 aos 84 anos	2,35 (0,70)	2,25 (0,96)	2,00 (0,85)	1,87 (0,86)	2,00 (1,15)
	Vp	0,021*	0,025*	0,005**	0,925	0,039*
Estado Civil	Solteiro(a)	2,30 (0,73)	2,39 (0,95)	1,45 (0,38)	2,47 (1,15)	2,06 (0,93)
	Casado(a)/União de facto	2,67 (0,77)	2,73 (0,93)	2,09 (0,81)	2,32 (0,97)	2,39 (0,85)
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,82 (0,80)	2,94 (0,98)	2,04 (0,86)	2,46 (1,08)	2,64 (0,63)
	Viúvo(a) (n=4)	3,67 (0,95)	3,80 (1,08)	3,45 (0,93)	2,63 (0,95)	3,00 (0)
	Vp	0,061	0,137	0,001**	0,896	0,124
Escolaridade	1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe	3,06 (0,53)	3,11 (0,52)	2,56 (0,91)	2,29 (0,80)	2,79 (0,58)
	2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório	2,44 (0,89)	2,41 (0,88)	2,10 (0,89)	2,38 (0,95)	2,75 (0,50)
	3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus	2,83 (0,57)	2,96 (0,76)	2,20 (0,57)	2,00 (0,92)	2,63 (0,67)
	Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus	2,56 (0,88)	2,71 (1,02)	1,69 (0,92)	2,61 (1,30)	2,36 (0,85)
	Ensino superior	2,56 (0,90)	2,60 (1,13)	1,96 (0,77)	2,41 (0,91)	2,15 (0,93)
	Vp	0,246	0,389	0,008*	0,681	0,118
Situação profissional	Empregado(a)	2,56 (0,77)	2,63 (0,95)	1,86 (0,75)	2,44 (1,05)	2,31 (0,85)
	Não empregado(a)	2,84 (0,86)	2,92 (1,00)	2,30 (0,93)	2,30 (0,95)	2,55 (0,79)
	Vp	0,149	0,180	0,023*	0,501	0,158

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

Na Tabela 8 apresentam-se os valores médios e o desvio padrão em cada dimensão da escala ESC atendendo às características sociodemográficas (sexo e idade) e clínicas da pessoa cuidada (grau de funcionalidade e diagnóstico de demência na pessoa cuidada). São ainda apresentados os valores de prova obtidos no teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, de forma a aferir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sobrecarga dos CI em função do sexo, grau de dependência e diagnóstico de demência na pessoa cuidada. Não obstante, relativamente à idade da pessoa cuidada existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões IPC, RI e na pontuação global de sobrecarga, parecendo indicar a presença de menores níveis de sobrecarga global e nas dimensões IPC e RI em CI de uma pessoa idosa com menor idade (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo às características sociodemográficas e clínicas da pessoa cuidada

		IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
Sexo da pessoa cuidada	Masculino	2,52 (0,89)	2,61 (0,99)	1,98 (0,90)	2,13 (0,86)	2,29 (0,91)
	Feminino	2,73 (0,78)	2,80 (0,97)	2,05 (0,84)	2,49 (1,05)	2,44 (0,81)
	Vp	0,398	0,426	0,559	0,156	0,511
Idade da pessoa cuidada	Até 69 anos	1,83 (0,34)	1,55 (0,45)	1,40 (0,37)	2,13 (1,31)	1,25 (0,50)
	70-80 anos	3,08 (0,61)	3,12 (0,67)	2,47 (0,91)	3,10 (1,14)	2,80 (0,41)
	81-91 anos	2,71 (0,81)	2,82 (1,01)	2,03 (0,88)	2,39 (0,92)	2,35 (0,86)
	≥92 anos	2,42 (0,85)	2,53 (0,95)	1,80 (0,65)	1,86 (0,72)	2,44 (0,86)
	Vp	0,030*	0,030*	0,057	0,011	0,014*
Grau de dependência da pessoa cuidada (ABVD)	Total	2,81 (0,70)	2,93 (0,87)	2,02 (0,77)	2,50 (1,02)	2,51 (0,76)
	Grave	2,81 (0,70)	2,93 (0,87)	2,02 (0,78)	2,50 (1,02)	2,51 (0,76)
	Moderada	2,49 (0,84)	2,48 (0,99)	2,04 (0,86)	2,36 (1,04)	2,31 (0,89)
	Vp	0,315	0,270	0,913	0,668	0,598
Presença de demência na pessoa cuidada	Sim	2,74 (0,84)	2,86 (0,98)	2,10 (0,91)	3,35 (1,07)	2,48 (0,81)
	Não	2,57 (0,77)	2,58 (0,96)	1,93 (0,75)	2,44 (0,91)	2,29 (0,86)
	Vp	0,360	0,277	0,487	0,297	0,246

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%

Recorrendo-se ao coeficiente de correlação de Spearman foi analisada a associação existente entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de sobrecarga dos CI na ESC (Tabela 9). Os resultados indicam a existência de correlações significativas e positivas e baixas entre a idade dos CI e os níveis globais de sobrecarga na ESC ( $r = 0,33, p = 0,002$ ) e nos domínios IPC ( $r = 0,35, p = 0,001$ ), RI ( $r = 0,30, p = 0,006$ ). Constata-se ainda a existência de uma correlação significativa, positiva e moderada entre a idade dos CI e os níveis de sobrecarga na dimensão EC ( $r = 0,45, p = 0,001$ ). CI de maiores idades parecem evidenciar maiores níveis globais de sobrecarga e nos domínios IPC, RI e EC. É ainda de salientar a existência de uma correlação significativa, negativa e baixa entre a idade da pessoa cuidada e os níveis globais de sobrecarga no domínio PA ( $r = -0,25, p = 0,020$ ), o que indicar que quanto maior a idade da pessoa idosa cuidada, menores são os níveis de sobrecarga dos CI nesta dimensão. Não existem correlações estatisticamente significativas entre a idade e o grau de dependência da pessoa cuidada, o tempo de cuidado, e os níveis de sobrecarga dos CI na ESC (Tabela 9).

Tabela 9. Correlação entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de sobrecarga dos CI na ESC.

	IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
Idade do CI	0,35**	0,30**	0,45*	-0,04	0,33**
Idade da pessoa cuidada	-1,20	-0,06	-0,15	-0,25*	-0,03
Grau de dependência da pessoa cuidada	-0,15	-0,175	-0,012	0,043	-0,14
Duração dos cuidados	0,17	0,18	0,08	<0,00	0,16

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

Recorrendo ao teste de Mann-Whitney, quando analisada a relação entre o apoio disponível ao CI no desempenho do seu papel de cuidador e os níveis de sobrecarga do mesmo constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no âmbito da pontuação global na ESC ( $U = 438,00; p = 0,021$ ). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio disponível ao CI e os níveis de sobrecarga nas dimensões IPC, RI, EC e PA. Os CI que não recebem qualquer forma de apoio, formal ou informal, parecem mostrar maiores níveis globais de sobrecarga. Também quando analisada a relação entre a coabitação com a pessoa idosa cuidada e os níveis de

sobrecarga do CI constata-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas no âmbito da dimensão RI ( $U = 609,00$ ;  $p = 0,047$ ); na pontuação global da ESC e nos demais domínios (IPC, EC e PA) não se encontram diferenças estatisticamente significativas. Este resultado parece indicar que os CI que coabitam com a pessoa idosa cuidada mostram maiores níveis de sobrecarga na dimensão relacional (Tabela 10).

Tabela 10. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio no cuidado e à coabitação com a pessoa cuidada.

		IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
Apoio no cuidar	Sim	2,59 (0,84)	2,64 (1,02)	1,95 (0,84)	2,45 (1,03)	2,29 (0,87)
	Não	2,97 (0,63)	3,13 (0,67)	2,32 (0,83)	2,18 (0,93)	2,79 (0,54)
	Vp	0,108	0,053	0,056	0,310	0,021*
Coabitação com a pessoa cuidada	Sim	2,79 (0,80)	2,92 (0,95)	2,08 (0,87)	3,34 (1,02)	2,49 (0,79)
	Não	2,45 (0,81)	2,44 (0,95)	1,94 (0,81)	2,48 (0,99)	2,23 (0,90)
	Vp	0,078	0,047*	0,454	0,297	0,179

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%

A seguir analisa-se a relação entre a existência de apoio informal (proporcionado por algum familiar, amigo ou empregada doméstica) e os níveis de sobrecarga dos CI. Existem diferenças estatisticamente significativas no âmbito da pontuação global da ESC ( $U=539,00$ ;  $p=0,000$ ) e nos domínios IPC ( $U = 638,00$ ;  $p=0,021$ ), RI ( $U=627,00$ ;  $p=0,016$ ) e EC ( $U=536,50$ ;  $p=0,001$ ). Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao domínio PA. Este resultado parece indicar que os CI que recebem apoio informal apresentam menores níveis globais de sobrecarga e nos domínios IPC, RI e EC (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio informal.

		IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
Apoio informal	Sim	2,45 (0,87)	2,50 (1,07)	1,80 (0,83)	2,38 (1,17)	2,09 (0,90)
	Não	2,91 (0,67)	3,03 (0,77)	2,29 (0,80)	2,40 (0,79)	2,75 (0,59)
	Vp	0,021*	0,016*	0,001**	0,605	0,000**

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

De entre os apoios formais recebidos analisa-se, de seguida, a relação entre a existência de apoio do SAD e os níveis de sobrecarga dos CI. Destaca-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas no âmbito da pontuação global da ESC ( $U = 505,00$ ;  $p = 0,029$ ) e no domínio EC ( $U = 436,50$ ;  $p = 0,010$ ). Este resultado parece mostrar que os CI que não recebem apoio do SAD apresentam menores níveis globais de sobrecarga e na subescala EC (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação dos níveis de sobrecarga atendendo à existência de apoio através do SAD.

		IPC	RI	EC	PA	Escala ESC
SAD	Sim	2,94 (0,71)	3,02 (0,84)	2,35 (0,75)	2,45 (0,72)	2,73 (0,63)
	Não	2,58 (0,83)	2,66 (1,00)	1,92 (0,86)	2,37 (1,09)	2,29 (0,87)
	Vp	0,077	0,143	0,010*	0,542	0,029**

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

### 2.5.5. Caracterização dos níveis de empatia dos cuidadores informais

Na Figura 10 apresenta-se, para cada item da escala IRI, o respetivo valor médio obtido. As respostas neste instrumento variam numa escala tipo Likert de 5 pontos (de 0 a 4 pontos), sendo o valor médio teórico é 2. Neste estudo, quatro dos 24 itens (itens 13, 15, 20 e 23) apresentam valor médio inferior a dois, o que indica menores níveis de empatia. Importa igualmente salientar que existem sete itens (itens 1, 8, 9, 12, 16, 17 e

18) com valor médio superior a 3, o que indica elevados níveis de empatia. Nos demais itens os valores médios situam-se entre 2 e 3.

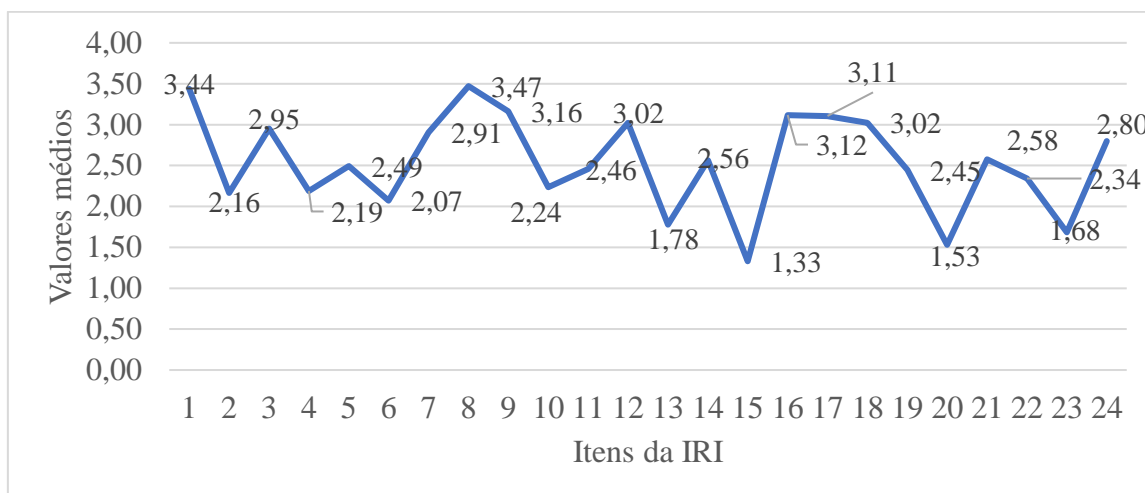


Figura 10. Valores médios obtidos na escala IRI nos diferentes itens que a compõem.

Na Tabela 13 apresentam-se os valores médios e o desvio padrão, por fatores e atendendo à pontuação global na escala IRI. O valor médio na escala IRI é de 2,44. Os valores médios de cada dimensão variam de 2,01 a 3,17, sendo o valor médio teórico da escala de dois e, por conseguinte, indicando níveis de empatia relativamente elevados nesta amostra. Os valores médios são mais elevados no fator PE, seguido do TP, F e DP.

Tabela 13. Valores médios e desvio padrão por fatores e na pontuação global da escala IRI.

	TP	F	DP	PE	Escala IRI
Média	2,79	2,18	2,01	3,17	2,54
Desvio padrão	0,68	0,73	0,63	0,56	0,38

Legenda: TP – Tomada de Perspetiva; F – Fantasia; DP – Desconforto pessoal; PE – Preocupação empática

Na Tabela 14 apresentam-se os valores médios e o desvio padrão por fatores e global da escala IRI, atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional). São ainda apresentados os valores de prova obtidos no teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, de forma a averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade do CI e os níveis globais de

empatia e nos fatores TP e F. Parecem existir maiores níveis empatia no fator TP nos CI com idades de 30 a 40 anos, bem como maiores níveis de empatia no fator F nos CI de menor idade. Na escala global verificam-se menores níveis de empatia em CI com idades de 74 a 84 anos. Também é de referir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil dos CI e os níveis de empatia na escala global e na subescala TP, o que parece indicar que os CI solteiros são os que apresentam maior capacidade empática e maiores níveis de empatia no fator TP. Verifica-se igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos CI e os níveis de empatia na escala global e nos fatores TP e F, o que parece indicar que os CI com menor escolaridade, nomeadamente, com o 1º CEB (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe, são os que apresentam menor capacidade empática e menores níveis de empatia no fatores TP e F. Ainda quando analisados os níveis de empatia do CI e a coexistência do desempenho de atividade profissional constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no âmbito da pontuação global na IRI ( $U = 430,00$ ;  $p = 0,003$ ), bem como nos fatores TP ( $U = 546,00$ ;  $p = 0,005$ ) e PE ( $U = 492,50$ ;  $p = 0,001$ ). Os CI que a par do desempenho do papel de cuidador exercem alguma atividade profissional parecem mostrar maiores níveis de empatia globais e nos domínios TP e PE (Tabela 14).

Na Tabela 15 apresentam-se os valores médios e desvio padrão em cada dimensão da escala IRI atendendo ao sexo, à idade, ao grau de funcionalidade e a presença de demência na pessoa cuidada. São igualmente apresentados os valores de prova obtidos no teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, de forma a aferir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os resultados confirmam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas os níveis de empatia do CI na escala global e nos diferentes fatores, atendendo ao sexo, grau de funcionalidade e presença de demência na pessoa cuidada. Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de empatia nos fatores TP e PE dos CI em função da idade da pessoa a quem prestam cuidados. Mais especificamente, quando a pessoa cuidada tem idade igual ou inferior a 69 anos os CI parecem apresentar maiores níveis de empatia no fator TP e menores níveis de empatia no fator DP (Tabela 15).

Tabela 14. Comparação dos níveis de empatia atendendo ao perfil sociodemográfico dos CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional).

		TP	F	DP	PE	Escala IRI
Idade	19 - 29 anos	3,00 (0,66)	2,78 (0,73)	2,35 (0,64)	3,31 (0,56)	2,86 (0,35)
	30 - 40 anos	3,17 (0,54)	2,60 (0,53)	2,10 (0,73)	3,52 (0,48)	2,85 (0,33)
	41 - 51 anos	2,87 (0,64)	2,32 (0,60)	1,98 (0,64)	3,14 (0,65)	2,58 (0,33)
	52 -62 anos	2,96 (0,58)	2,05 (0,73)	1,87 (0,53)	3,26 (0,54)	2,53 (0,36)
	63- 73 anos	2,08 (0,49)	1,98 (0,61)	2,10 (0,64)	2,93 (0,46)	2,27 (0,26)
	74- 84 anos	2,83 (0,84)	1,04 (0,44)	1,88 (0,83)	2,71 (0,28)	2,11 (0,09)
	Vp	0,001**	0,004*	0,511	0,056	0,000**
Estado Civil	Solteiro(a)	3,22 (0,51)	2,59 (0,67)	2,07 (0,73)	3,48 (0,52)	2,84 (0,34)
	Casado(a)/União de facto	2,63 (0,69)	2,04 (0,74)	1,93 (0,60)	3,08 (0,56)	2,42 (0,35)
	Divorciado(a)/ Separado(a)	2,87 (0,68)	2,23 (0,72)	2,11 (0,65)	3,19 (0,50)	2,60 (0,32)
	Viúvo(a)	2,75 (0,52)	2,04 (0,16)	2,42 (0,63)	3,08 (0,69)	2,57 (0,36)
	Vp	0,020*	0,122	0,351	0,096	0,001**
Escolaridade	1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe	2,11 (0,52)	1,31 (0,67)	2,21 (0,52)	2,90 (0,49)	2,13 (0,26)
	2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório	2,75 (0,82)	2,17 (0,41)	1,79 (1,02)	2,96 (0,72)	2,42 (0,38)
	3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus	2,70 (0,67)	2,27 (0,55)	1,98 (0,63)	3,32 (0,55)	2,57 (0,29)
	Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus	2,92 (0,72)	2,47 (0,84)	2,15 (0,66)	3,25 (0,63)	2,70 (0,40)
	Ensino superior	3,01 (0,52)	2,31 (0,47)	1,87 (0,60)	3,21 (0,52)	2,60 (0,31)
	Vp	0,002**	0,001**	0,291	0,240	0,000**
Empregado	Sim	2,95 (0,58)	2,25 (0,69)	1,96 (0,64)	3,33 (0,50)	2,62 (0,37)
	Não	2,53 (0,75)	2,06 (0,79)	2,09 (0,62)	2,91 (0,57)	2,39 (0,34)
	Vp	0,005**	0,355	0,324	0,001**	0,003**

Legenda: TP – Tomada de Perspetiva; F – Fantasia; DP – Desconforto pessoal; PE – Preocupação empática; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

Tabela 15. Comparação dos níveis de empatia às características sociodemográficas da pessoa cuidada (sexo e idade) e às características clínicas (grau de dependência e diagnóstico de demência).

		TP	F	DP	PE	Escala IRI
Sexo da pessoa cuidada	Masculino	2,72 (0,74)	2,03 (0,88)	2,04 (0,70)	3,20 (0,68)	2,50 (0,47)
	Feminino	2,81 (0,66)	2,24 (0,66)	2,00 (0,61)	3,16 (0,52)	2,56 (0,33)
	Vp	0,695	0,247	0,713	0,717	0,509
Idade da pessoa cuidada	≤ 69 anos	3,71 (0,37)	2,38 (1,32)	1,04 (0,55)	3,54 (0,81)	2,67 (0,57)
	70- 80 anos	2,54 (0,73)	2,09 (0,81)	2,01 (0,64)	3,24 (0,54)	2,47 (0,32)
	81-91 anos	2,87 (0,64)	2,18 (0,78)	2,02 (0,55)	3,19 (0,54)	2,56 (0,40)
	≥92 anos	2,56 (0,58)	2,19 (0,32)	2,20 (0,71)	2,98 (0,57)	2,49 (0,29)
	Vp	0,009**	0,987	0,041**	0,202	0,854
Grau de dependência da pessoa cuidada (ABVD)	Total	2,77 (0,68)	2,11 (0,84)	2,01 (0,63)	3,17 (0,53)	2,52 (0,44)
	Grave	2,79 (0,67)	2,29 (0,55)	2,21 (0,61)	3,11 (0,62)	2,60 (0,34)
	Moderada	2,80 (0,70)	2,20 (0,68)	1,90 (0,65)	3,21 (0,59)	2,52 (0,31)
	Vp	0,959	0,628	0,203	0,854	0,722
Presença de demência na pessoa cuidada	Sim	2,86 (0,73)	2,17 (0,79)	2,06 (0,65)	3,22 (0,57)	2,58 (0,40)
	Não	2,69 (0,60)	2,18 (0,65)	1,93 (0,61)	3,10 (0,55)	2,48 (0,33)
	Vp	0,261	0,847	0,435	0,274	0,285

Legenda: TP – Tomada de Perspetiva; F – Fantasia; DP – Desconforto pessoal; PE – Preocupação empática

De seguida analisa-se, através do coeficiente de correlação de Spearman, a associação entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de sobrecarga dos CI na ESC. Os resultados indicam a existência de correlações significativas, negativas e moderadas entre a idade dos CI e a sua capacidade empática global ( $r = -0,50$ ,  $p = 0,000$ ) e no fator F ( $r = -0,40$ ,  $p = 0,000$ ). Também se verificam correlações significativas, negativas e baixas entre a idade dos CI e os níveis de empatia nos fatores TP ( $r = -0,39$ ,

$p = 0,000$ ) e PE ( $r = -0,24$ ,  $p = 0,026$ ). À medida que aumenta a idade do CI é menor a sua capacidade empática global e nos fatores TP, F e PE. De salientar igualmente a existência de uma correlação significativa negativa e baixa entre a idade da pessoa cuidada e os níveis de empatia do CI no domínio PE ( $r = -0,23$ ,  $p = 0,037$ ). Quanto mais velha for a pessoa cuidada menores são os níveis de empatia dos CI na subescala PE. Não existem correlações estatisticamente significativas entre o grau de dependência da pessoa cuidada, o tempo de duração de prestação do cuidado, e os níveis de empatia na IRI e nos diferentes fatores que a compõem (Tabela 16).

Tabela 16. Correlação entre a idade do CI, a idade da pessoa cuidada, o grau de dependência da pessoa cuidada, a duração da prestação de cuidados e os níveis de empatia na IRI e nos distintos fatores.

	TP	F	DP	PE	Escala IRI
Idade do CI	-0,39**	-0,40**	-0,04	-0,24*	-0,50**
Idade da pessoa cuidada	-0,13	0,11	0,21	-0,23*	-0,01
Grau de dependência da pessoa cuidada	0,03	0,03	-0,09	0,00	-0,01
Duração dos cuidados	0,06	-0,07	-0,09	-0,07	-0,07

Legenda: TP – Tomada de Perspetiva; F – Fantasia; DP – Desconforto pessoal; PE – Preocupação empática; \*Significativo a 5%; \*\*Significativo a 1%

Através do teste de Mann-Whitney, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de empatia dos CI atendendo à existência de apoio (formal ou informal). A mesma tendência verifica-se quando analisada a relação entre os níveis de empatia dos CI atendendo à coabitação com a pessoa cuidada (Tabela 17).

Tabela 17. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio no cuidado e à coabitação com a pessoa cuidada.

		TP	F	DP	PE	Escala IRI
Apoio no cuidar	Sim	2,84 (0,62)	2,18 (0,77)	2,03 (0,67)	3,19 (0,54)	2,56 (0,37)
	Não	2,59 (0,83)	2,16 (0,61)	1,93 (0,52)	3,09 (0,63)	2,44 (0,38)
	Vp	0,234	0,707	0,354	0,471	0,289
Coabitação com a pessoa cuidada	Sim	2,72 (0,74)	2,16 (0,83)	2,03 (0,60)	3,11 (0,55)	2,50 (0,42)
	Não	2,92 (0,54)	2,20 (0,50)	1,97 (0,70)	3,28 (0,58)	2,59 (0,27)
	Vp	0,193	0,767	0,729	0,157	0,145

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%

A seguir analisa-se a relação entre a existência de apoio informal (prestado por familiares, amigos ou empregada doméstica) e os níveis de empatia dos CI. Verifica-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas no âmbito da pontuação global da IRI ( $U = 649,50$ ;  $p = 0,027$ ) e no fator TP ( $U = 629,50$ ;  $p = 0,017$ ). CI que recebem apoio informal, comparativamente com os que não recebem este apoio, apresentam maiores níveis globais de empatia e no fator TP (Tabela 17).

Tabela 18. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio informal.

		TP	F	DP	PE	Escala IRI
Apoio informal	Sim	2,96 (0,63)	2,31 (0,81)	2,01 (0,71)	3,23 (0,56)	2,63 (0,39)
	Não	2,60 (0,68)	2,03 (0,60)	2,01 (0,54)	3,10 (0,57)	2,43 (0,33)
	Vp	0,017*	0,222	0,744	0,263	0,027*

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%

De entre os apoios formais recebidos analisa-se, de seguida, a relação entre a existência de apoio do SAD e os níveis de empatia dos CI. Destaca-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas no âmbito da pontuação global da IRI ( $U=496,50$ ;  $p=0,048$ ) e no fator TP ( $U=473,00$ ;  $p=0,027$ ). Este resultado parece indicar

que os CI que recebem apoio do SAD apresentam menores níveis globais de empatia e no fator TP (Tabela 19).

Tabela 19. Comparação dos níveis de empatia atendendo à existência de apoio através do SAD.

		TP	F	DP	PE	Escala IRI
SAD	Sim	2,53 (0,54)	1,89 (0,59)	2,11 (0,59)	3,09 (0,44)	2,41 (0,29)
	Não	2,87 (0,70)	2,27 (0,75)	1,97 (0,65)	3,20 (0,60)	2,58 (0,39)
	Vp	0,027**	0,053	0,417	0,367	0,048**

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia; \*Significativo a 5%

### 2.5.6. Relação entre os níveis de sobrecarga e empatia dos cuidadores

Na Tabela 20 apresentam-se as correlações não paramétricas entre as pontuações globais e as dimensões consagradas nas escalas ESC e IRI. De salientar a existência de correlações significativas, negativas e baixas entre os níveis de empatia do CI na subescala TP e os níveis globais de sobrecarga ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,012$ ) e nos domínios IPC ( $r = -0,30$ ;  $p = 0,005$ ), RI ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,013$ ) e EC ( $r = -0,31$ ;  $p = 0,004$ ). Maiores níveis de empatia dos CI na subescala TP parecem associar-se a menores níveis de sobrecarga global e nos fatores IPC, RI e EC. Verifica-se ainda a existência de correlações estatisticamente significativas, negativas e baixas entre os níveis de empatia dos CI no fator F e os níveis globais de sobrecarga ( $r = -0,24$ ;  $p = 0,030$ ) e na dimensão EC ( $r = -0,32$ ;  $p = 0,003$ ). A presença de menores níveis de fantasia parece associar-se à presença de maiores níveis globais de sobrecarga global e na dimensão EC. Constata-se também a presença de correlações estatisticamente significativas, negativas e baixas os níveis globais de empatia dos CI entre os níveis globais de sobrecarga ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,041$ ) e na dimensão EC ( $r = -0,31$ ;  $p = 0,004$ ). CI com maiores níveis globais de empatia parecem apresentar menores níveis globais de sobrecarga global e na dimensão EC (Tabela 20).

Tabela 20. Correlações não paramétricas entre as pontuações globais e as dimensões das escalas ESC e IRI.

	IPC	RI	EC	PA	ESC Global
TP	-0,30**	-0,27*	-0,31*	-0,10	-0,27*
F	-0,20	-0,17	-0,32**	-0,01	-0,24*
DP	0,04	0,07	0,07	-0,08	0,05
PE	<0,00	-0,01	-0,12	0,07	-0,08
IRI Global	-0,19	-0,16	-0,31**	<0,00	-0,22*

Legenda: IPC- Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação Interpessoal; EC - Expectativas face ao cuidar; PA - Perceção de autoeficácia ; TP – Tomada de Perspetiva; F – Fantasia; DP – Desconforto pessoal; PE – Preocupação empática; \*Significativo a 5% \*\*; Significativo a 1%;

## 2.6. Discussão dos resultados obtidos

Neste ponto do trabalho procede-se à discussão dos resultados obtidos, previamente descritos, com o intuito de realçar os aspetos mais significativos e procurando contrastá-los com os objetivos estabelecidos e a revisão da literatura existente.

### **Objetivo 1 - Analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de sobrecarga do CI.**

Neste estudo, os CI evidenciam níveis de sobrecarga intensa indo ao encontro de outras investigações (p.e. Alves, 2015; Teixeira, 2018). Destaca-se ainda que é na dimensão RI que os níveis de sobrecarga mais se fazem sentir, seguindo-se os domínios IPC, PA e EC. Globalmente, estes dados reforçam a necessidade de uma intervenção específica com estes CI.

Em relação à idade, são os CI com idades de 19 a 29 anos que apresentam menores níveis globais de sobrecarga, bem como nos domínios das relações interpessoais e das expectativas face ao cuidar. Estes dados parecem indicar que são os CI mais jovens vivenciam um menor impacto negativo da tarefa de cuidar na dimensão relacional com a pessoa cuidada, bem como percecionam menor impacto negativo nas expectativas referentes à disponibilidade e medos/receios.

De realçar ainda que, neste estudo, quanto maior é a idade do CI, maior é o nível de sobrecarga global, bem como maior é o impacto da prestação de cuidados, na dimensão relacional e nas expectativas face ao cuidar. Este dado pode justificar-se pelo facto de um

CI de maior idade poder ele próprio apresentar vulnerabilidades, potenciando dificuldades adicionais ao exercício do papel de cuidador.

Já em relação ao estado civil são os CI solteiros que percecionam menor sobrecarga nas expectativas face ao cuidador, o que talvez possa dever-se a uma maior disponibilidade para o desempenho do papel de cuidador.

Em relação ao nível de escolaridade são os CI com o 1º CEB (1º - 4ºano)/ Antiga 4ª classe, comparativamente com os CI com maiores níveis de escolaridade, que apresentam maiores níveis de sobrecarga no domínio alusivo às expetativas face ao cuidar, indo ao encontro de outros estudos (p.e. Aires et al., 2020). Uma maior escolaridade poderá funcionar como fator protetor face à sobrecarga. Para Aires e colaboradores (2020) um menor nível de escolaridade dos cuidadores é uma variável que influencia a capacidade de aprendizagem e entendimento das orientações transmitidas pelos profissionais que acompanham os CI, o que pode ter influência na qualidade do cuidado oferecido à pessoa idosa, bem como no desempenho do CI face situações mais desafiantes.

Em relação à situação profissional, os CI não empregados (reformados, estudantes, desempregados), comparativamente com os CI empregados, que mostram maiores níveis de sobrecarga ao nível das expetativas face ao cuidar, o que poderá justificar-se pelo facto de conviverem mais tempo com a pessoa cuidada em situação de dependência, o que poderá exigir um acompanhamento mais intenso por parte de quem cuida no apoio, entre outras tarefas, do desempenho das AVD.

**Objetivo 2 - Analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga do CI.**

De ressaltar deste estudo que os níveis de sobrecarga dos CI apenas se relacionam com a idade da pessoa cuidada. Demarca-se deste estudo o facto de os níveis de sobrecarga (global e nas dimensões impacto da prestação de cuidados e da relação interpessoal) dos CI diferirem em função da idade da pessoa cuidada. Mais concretamente, os CI de uma pessoa idosa de menor idade, comparativamente com os CI de uma pessoa idosa de maior idade, apresentam menores níveis globais de sobrecarga

dos CI, bem como nos domínios alusivos ao impacto da prestação de cuidados e das relações interpessoais.

Importa ainda referir que neste estudo quanto maior é a idade da pessoa idosa cuidada, menores são os níveis de sobrecarga no domínio percepção de autoeficácia, o que se pode justificar pelo facto de que quanto mais elevada for a idade da pessoa cuidada, maiores são as comorbilidades associadas, o que pode aumentar as dificuldades no desempenho do papel de cuidador.

### **Objetivo 3 - Analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga percebidos pelo CI.**

Das variáveis em análise constata-se que os níveis de sobrecarga dos CI diferem em função da existência de apoio informal e formal. São os CI sem qualquer forma de apoio que apresentam maiores níveis globais de sobrecarga, comparativamente com os CI com alguma forma de apoio.

Ainda, quando analisada a relação entre a presença de apoio informal (prestado por familiares, amigos ou empregadas domésticas), verifica-se que os CI que apresentam esta forma de apoio, comparativamente com os que não têm este apoio, se caracterizam por menores níveis globais de sobrecarga, bem como nos domínios referentes ao impacto da prestação de cuidados, à semelhança dos estudos de Pereira (2015) e de Pereira e Duque (2017). Acresce ainda referir que, ao contrário destes estudos, a relação entre o apoio informal também se notou nos domínios das relações interpessoais e das expectativas face ao cuidar. CI que beneficiam de apoio das suas redes informais, comparativamente com os que não têm esta retaguarda de apoio, mostram menores níveis de sobrecarga nos domínios das relações interpessoais e das expectativas face ao cuidar.

Da análise da relação entre a presença de apoio formal ao nível do SAD e os níveis de sobrecarga dos CI ressalta que os CI que contratualizaram esta resposta social, comparativamente com os CI que não o fizeram, apresentam maiores níveis globais de sobrecarga e no domínio das expectativas face ao cuidar. Também Pereira (2015) e Pereira e Duque (2017) constataram que CI com apoio do SAD apresentam maiores níveis globais de sobrecarga. No presente estudo, desenvolvido durante a pandemia, as diferenças entre CI com e sem apoio do SAD também se fizeram sentir ao nível das

expectativas face ao cuidar. CI com apoio do SAD demonstram maiores níveis de sobrecarga neste domínio. Os cuidados prestados pelo SAD recaem, geralmente, ao nível dos cuidados pessoais e de mobilidade. No presente estudo este aspeto não foi explorado, contudo, este dado pode advir de uma insuficiência desta resposta social (talvez agravada pela própria situação pandémica), a qual se centra sobretudo na pessoa cuidada e não diretamente na figura do CI.

Neste estudo, os CI que coabitam com a pessoa idosa em situação de dependência, comparativamente com os que não coabitam, apresentam maiores níveis de sobrecarga no domínio das relações interpessoais, indo ao encontro de outros estudos (p.e., Aires et al., 2020; Passos, 2018). Tal como apontado na literatura se a coabitação familiar parece favorecer o assumir da tarefa de CI (p.e., Figueiredo, 2007), é de realçar a pertinência das intervenções socioeducativas direcionadas aos CI e que foquem a dimensão relacional, a qual pode ver-se debilitada pela coabitação com a pessoa cuidada. De salientar ainda que, neste estudo, a pessoa cuidada, para além da idade avançada, apresenta também algum grau de dependência e na sua maioria uma síndrome demencial associada, a qual coloca desafios adicionais aos CI (p.e., Passos, 2018).

#### **Objetivo 4 - Analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de empatia do CI.**

De referir ainda que, neste estudo, os CI apresentam elevados níveis globais de empatia, bem como nos diferentes domínios. Os CI mostram maiores níveis de empatia na dimensão preocupação empática (indicadora de empatia afetiva), seguida da dimensão tomada de perspetiva (indicadora de empatia cognitiva), da dimensão fantasia e da dimensão desconforto pessoal.

Verifica-se que CI com idades de 30 a 40 anos, comparativamente com os demais grupos etários analisados, são os que evidenciam maiores níveis de empatia no domínio tomada de perspetiva (indicador de empatia cognitiva), o que pode significar uma maior tendência para adotar os pontos de vista do outro, antecipando os seus comportamentos e reações. Já os CI com idades de 74 a 84 anos são os que apresentam menores níveis globais de empatia. Também CI de menor idade se caracterizam por maiores níveis de empatia no fator fantasia, sendo mais capazes de se identificarem com personagens fictícias de filmes, romances ou livros e imaginar os seus sentimentos e as suas ações.

Importa ainda referir que neste estudo quanto maior é a idade do CI, menores são os níveis globais de empatia e nas dimensões tomada de perspectiva (indicadora de empatia cognitiva), fantasia e preocupação empática (indicadora de empatia afetiva). Contrariamente ao estudo de Navarro-Abal e colaboradores (2019), neste estudo, os CI de maior idade não apresentam maiores níveis de empatia afetiva.

De mencionar ainda que os CI solteiros, comparativamente os demais CI (casados/ em união de facto, divorciados/ separados e viúvos), mostram maiores níveis globais de empatia e maiores níveis empatia ao nível da tomada de perspectiva (indicador da empatia cognitiva), parecendo ter mais facilidade em adotar os pontos de vista do outro, antecipando os seus comportamentos e reações. Outros estudos não encontram diferenças nos níveis de empatia dos CI em função do estado civil (p.e., Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2019).

No que concerne ao grau de escolaridade, os CI que possuem o 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe, comparativamente com os CI com maiores níveis de escolaridade, demonstram menores níveis de empatia global, de tomada de perspectiva (indicador de empatia cognitiva) e fantasia, dado não corroborado por outros estudos (p.e., Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2019), o que denota uma maior dificuldade em tomar a perspectiva do outro, de forma a antecipar comportamentos e reações, e mesmo em colocar-se diante de situações fictícias.

Em relação à situação profissional, os CI empregados comparativamente com os CI não empregados (reformados, desempregados ou estudantes), apresentam maiores níveis globais de empatia e nos domínios tomada de perspectiva (indicador de empatia cognitiva) e preocupação empática (indicador da empatia afetiva). Outros estudos revistos (p.e., Jütten et al., 2019; Maximiano-Barreto et al., 2021; Navarro-Abal et al., 2019) não encontram qualquer relação entre a situação profissional dos CI e os níveis de empatia.

**Objetivo 5 - Analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI.**

Com base nos resultados obtidos neste estudo verifica-se inexistência de qualquer relação entre o sexo, o grau de dependência e a presença de demência na pessoa cuidada

e os níveis de empatia do CI. No entanto, os CI de uma pessoa idosa dependente com idade igual ou inferior a 69 anos, apresentam maiores níveis de empatia na dimensão tomada de perspectiva (indicadora de empatia cognitiva) e menores níveis de empatia na dimensão desconforto pessoal, o que interpretar-se como uma maior tendência para adotar os pontos de vista do outro e por uma menor vivência de sentimentos de ansiedade e apreensão em contextos interpessoais mais difíceis.

Importa ainda referir a existência de uma associação estatisticamente significativa quando analisados os níveis de sobrecarga dos CI e a idade da pessoa idosa, sendo que CI responsáveis pelo cuidado de uma pessoa de maior idade mostram menores níveis de empatia ao nível da preocupação empática (indicadora de empatia afetiva), o que pode indicar que são menos sensíveis ao sofrimento do outro e se preocupam menos em minimizar ou aliviar esse sofrimento.

#### **Objetivo 6 - Analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI.**

Os CI com apoio informal, comparativamente com os que não dispõem desta forma de apoio, caracterizam-se por maiores níveis de empatia global e de tomada de perspectiva (indicadora de empatia cognitiva), o que pode significar que quando apoiados por relações securizantes no desempenho do papel de cuidador de uma pessoa idosa em situação de dependência os CI podem ter maior facilidade em adotar os pontos de vista do outro.

Já os CI com apoio de SAD, comparativamente com os que não têm este serviço contratualizado, mostram menores níveis de empatia global e na dimensão tomada de perspectiva (indicadora de empatia cognitiva). É também de salientar o facto de durante a recolha dos dados os SAD terem estado limitados pelas restrições impostas pela atual situação pandémica.

#### **Objetivo 7 - Analisar a relação entre os níveis de empatia e de sobrecarga percebida pelo CI.**

CI com maiores níveis globais de empatia parecem apresentar menores níveis globais de sobrecarga e na dimensão expectativas face o cuidar. Também se verifica que

a presença de maiores níveis de empatia dos CI na dimensão tomada de perspectiva (indicadora de empatia cognitiva) se associa a menores níveis de sobrecarga global e nas dimensões impacto da prestação de cuidados, relações interpessoais e expectativas face ao cuidar. Também a presença de menores níveis de fantasia parece associar-se à presença de maiores níveis globais de sobrecarga global e na dimensão expectativas face ao cuidar. Estes dados podem significar que os CI com maiores níveis de empatia cognitiva parecem apresentar um menor risco de desgaste no desempenho do papel de cuidador de uma pessoa idosa em situação de dependência.

## Considerações finais

Este estudo centra-se na relação entre os níveis de sobrecarga e de empatia de CI de uma pessoa idosa. Apresentam-se, de seguida, as principais conclusões, procurando responder aos objetivos delineados para esta investigação.

Considerando o primeiro objetivo - *analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de sobrecarga do CI* - deduz-se que são os CI com idades de 19 aos 29 anos que evidenciam menores níveis de sobrecarga. Consta-se ainda que, quanto maior é a idade do CI, maiores são os níveis globais de sobrecarga. Estes resultados podem interpretar-se pela maior disponibilidade para a tarefa de cuidar nos CI mais jovens e pelo processo de envelhecimento do cuidador o qual, com maior idade, poderá também apresentar mais vulnerabilidades, o que pode colocar dificuldades adicionais ao exercício do papel de cuidador.

Face ao segundo objetivo - *analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga do CI* - conclui-se que CI de uma pessoa de menor idade apresentam menores níveis de sobrecarga global, o que poderá dever-se a um menor comprometimento funcional nas pessoas cuidadas de menor idade.

No que diz respeito ao terceiro objetivo - *analisar a relação entre as dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de sobrecarga percebidos pelo CI* - conclui-se que a inexistência de uma alguma forma de apoio (informal ou formal) parece predispor os CI a maiores níveis de sobrecarga. Consta-se ainda deste estudo que a existência de apoio informal, prestado por outros familiares, amigos ou por uma empregada doméstica, que complemente o papel do CI no desempenho do seu papel, se relaciona com a presença de menores níveis globais de sobrecarga. Curiosamente, são os CI que beneficiam do SAD que apresentam maiores níveis globais de sobrecarga. Não se pode ignorar o facto de a recolha de dados ter ocorrido num período ainda marcado pelas restrições da pandemia que condicionaram a atuação dos profissionais do SAD. No entanto, outros estudos (p.e, Pereira, 2015; Pereira & Duque, 2017) realizados em contexto nacional e num período não pandémico também confirmam esta evidência. O facto de o apoio disponibilizado ao nível do SAD consistir numa resposta social centrada na prestação de cuidados individualizados e personalizados

no domicílio à pessoa cuidada para assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e/ou AVD (e não às necessidades individuais dos CI) poderá ajudar a compreender estes resultados. Este dado deve ser aprofundado em futuras investigações.

Quanto ao quarto objetivo - *analisar a relação entre o perfil sociodemográfico do CI (idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e os níveis de empatia do CI* - depreende-se que, CI de idade mais avançada (com idades de 74 a 84 anos de idade), podem também apresentar vulnerabilidades associadas ao processo de envelhecimento. Também CI com menores oportunidades de escolarização mostram menor capacidade para empatizar com o outro. Já os CI solteiros e os CI empregados evidenciam maiores níveis globais de empatia.

Considerando-se o quinto objetivo - *analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada (sexo, idade, grau de dependência e presença de demência na pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI* – conclui-se não existir qualquer relação entre o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa cuidada e a capacidade empática dos CI.

Quanto ao sexto objetivo - *analisar a relação entre dimensões do cuidado (existência de apoio e coabitação com a pessoa cuidada) e os níveis de empatia do CI* - constata-se que os CI que beneficiam de apoio informal mostram maiores níveis de empatia global, enquanto que os CI com apoio de SAD se caracterizam por menores níveis globais de empatia. A existência de uma rede de apoio percebida pelo CI como securizante talvez possa influenciar a sua capacidade de empatizar com o outro e de estar mais disponível para responder às suas solicitações. Este dado deverá ser analisado em detalhe em futuras investigações.

Quanto ao último objetivo delineado neste estudo - *analisar a relação entre os níveis de empatia e de sobrecarga percebida pelo CI* – conclui-se que são os CI, de uma pessoa idosa em situação de dependência, com maiores níveis globais de empatia e, em particular, de empatia cognitiva, se caracterizam pela presença de menores níveis de sobrecarga.

Considerando a questão problema que orientou este estudo – *Que perfil de cuidador informal influencia os níveis de empatia e de sobrecarga face aos cuidados prestados a uma pessoa idosa?* – apesar das limitações subjacentes a este estudo (e que se analisam mais adiante), parecem existir evidências de que os níveis de empatia e, em particular, de

empatia cognitiva parecem moderar os níveis de sobrecarga percebidos pelos CI. Poderá assim considerar-se a empatia cognitiva como um fator protetor da sobrecarga e, portanto, considerada uma habilidade essencial ao desempenho do papel de CI.

Para Falcone (1999) é crucial delinear intervenções centradas no treino da empatia. Com base neste estudo e na literatura consultada sugere-se que, na intervenção com o CI se valorize o treino desta habilidade social. Globalmente os resultados disponíveis parecem confirmar a importância de delinear intervenções direcionadas aos CI centradas no treino da empatia (e talvez mais concretamente no domínio cognitivo), já que esta é uma habilidade que poderá melhorar a qualidade das relações interpessoais com a pessoa cuidada e constituir um recurso preventivo da sobrecarga dos CI e do comprometimento do estado de saúde de quem cuida. Recomenda-se, contudo, que futuros estudos analisem esta questão, recorrendo a amostra de maiores dimensões e representativas da realidade dos CI residentes em Portugal.

Como limitações deste estudo pode referir-se a dificuldade em encontrar CI residentes em Portugal durante a pandemia. O inquérito por questionário foi disponibilizado *online* com o apoio de instituições/associações de apoio a pessoas idosas e aos cuidadores identificados através da Carta Social. A não representatividade da amostra relativamente à população de CI residentes em Portugal deve ser considerada e os resultados não podem ser generalizáveis.

Apesar das limitações anteriormente referidas, este estudo apresenta contributos importantes não só no domínio da investigação, mas também para a intervenção socioeducativa do Educador Social.

Este estudo realça o papel inegável da família enquanto primeira linha de apoio à pessoa idosa em situação de dependência. Destaca também a importância de “*cuidar de quem cuida*, valorizando e dignificando o papel dos cuidadores familiares” (Pereira e Duque, 2015, p. 2015). Não é possível ignorar os elevados níveis de sobrecarga encontrados na amostra de cuidadores e que reiteram a urgência de se intervir junto deste público-alvo. Tal como referido na literatura o CI é frequentemente um paciente oculto (Figueiredo, 2007), e a intervenção é muitas vezes centrada na pessoa cuidada e são descuidadas as necessidades dos CI (Pereira & Duque, 2017).

Parafraseando Monteiro (2016), os CI “devem desenvolver competências socioeducativas para que desempenhem a sua tarefa de prestar cuidados com estratégias

mais adequadas e de forma mais assertiva. Neste sentido, o acompanhamento técnico e a intervenção mediadora do educador social tornam-se fundamentais” (p.77).

O Educador Social é um ator profissional que deve valorizar a proximidade com as pessoas e a exclusividade das situações, colocando a sua experiência ao serviço das necessidades que se sentem em todos os contextos diferenciados em que pode intervir (Mateus, 2012). No âmbito da temática em análise o educador social pode (e deve) assumir um papel de grande relevo no apoio aos prestadores de CI, integrado numa rede composta por diversos profissionais.

Para López-Jiménez e Rosa-Gregori (2014), o Educador Social deve assumir uma postura reflexiva, devendo a sua intervenção privilegiar o equilíbrio entre o minimizar/superar as dificuldades vivenciadas e promover habilidades para lidar com situações adversas. A este propósito e corroborando os dados deste estudo importa capacitar o CI de habilidades sociais, de modo a que este melhor consiga lidar com as exigências e especificidades decorrentes do cuidar de uma pessoa idosa, muitas vezes em situação de dependência. Uma dessas habilidades é a empatia. É também fundamental reconhecer as necessidades de quem cuida e delinear intervenções adequadas. Também é essencial sensibilizar o cuidador para que tenha consciência dos cuidados que deve ter consigo próprio. O CI deve ser sensibilizado sobre como e quando pode pedir ajuda, bem como recrutar apoios da rede pessoal informal ou formal, que poderá dividir consigo a tarefa de cuidar (Lage, 2007 citado por Castro et al., 2020) e, assim, evitar o aparecimento de situações de sobrecarga e adoecimento físico e/ou mental.

Para terminar recomenda-se que futuros estudos aprofundem a relação entre os níveis de empatia e de sobrecarga dos CI, sem descurar o potencial papel das redes de apoio. Curiosamente neste e noutros estudos (p.e., Pereira, 2015; Pereira & Duque, 2017), CI que beneficiam do SAD apresentam maiores níveis de sobrecarga, pelo que se considera que esta poderá ser uma área a aprofundar em futuras investigações.

## Referências bibliográficas

- Aires, M., Fuhrmann, A., Mocellin, D., Pizzol, F., Sponchiado, L., Marchezan, C., Bierhals, C., Day, C., Santos, N., & Paskulin, L. (2020). Sobrecarga de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Comunidade em Municípios de Pequeno Porte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- Alves, M. (2015). *Os Impactos do Cuidar de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário e a Importância do Apoio do Cuidador [Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação]*
- Amorim, F. A. d., Giorgion, M. d. C. P., & Forlenza, O. V. (2017). Social skills and well-being among family caregivers to patients with Alzheimer' s disease. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 44, 159-161. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000143>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida*, 25, 59-66.
- Azevedo, S., Mota, M., & Mettrau, M. (2018). Empatia: Perfil da Produção Científica e Medidas Mais Utilizadas em Pesquisa. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9, 03-23.
- Baptista, B., Beuter, M., Girardon-Perlini, N., Brondani, C., Budó, M., & Santos, N. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 147-156. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>
- Bonifácio, E., & Baptista, I. (2020). As Narrativas dos Educadores Sociais: Reflexão Sobre Dilemas Éticos como Prática (Trans)formativa. *Laplage em Revista*, 6, 27-37.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5 ed.). Oxford University Press.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de Avaliação Treinamento das Habilidades Sociais*. Livraria Santos Editora.
- Campos, C. R. F., de Carvalho, T. R., Queluz, F. N. F. R., Setti, A. G. B., & Barham, E. J. (2021). Process and Outcomes: the Influence of Gains in Knowledge and Socioemotional Skills on Caregivers' Well-being. *Trends in Psychology*, 29(1), 67-85. <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00044-0>

- Cardoso, M. (2011). *Promover o Bem-Estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]*
- Carvalho, I. (2007). Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Revista Campus Social*, 3(2-3), 269-280.
- Castro, L., Souza, D., & Pereira, A. (2018). O Autocuidado do Cuidador Familiar: Intervenção Psicoeducativa para o Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais In V. Monteiro, L. Mata, M. Martins, J. Morgado, J. Silva, A. Silva, & M. Gomes (Eds.), *Atas do XIV Colóquio Internacional de Psicologia e Educação* (pp. 231-240). Edições ISPA.
- Castro, L., Souza, D., & Pereira, A. (2020). *Cuidador Familiar: O Autocuidado por Meio do Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais*. Appris Editora.
- Coelho, M. (2012). *O Idoso Dependente no Domicílio: Perceção de Sobrecarga do Cuidador Informal Num Concelho do Distrito da Guarda [Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico da Guarda, Escola Superior de Saúde]*
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Almedina.
- Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 1-17.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-136.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2009). *Psicologia das Habilidades Sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Editora Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais*. Editora Vozes.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 261-274. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.3.261>
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 23-32.

- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 24(2), 284-298.
- Ferreira, C., Queluz, F., Ximenes, V., Isaac, L., & Barham, E. J. (2017). P3Es e a diminuição da sobrecarga em cuidadores: confirmando efeitos em curto e longo prazo. *Revista Kairós Gerontologia* 20(3), 131-150.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, 13-19. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2806>
- Ferreira, R. G., Brandão, M. P., & Cardoso, M. F. (2020). An Update of the profile of older adults with dementia in Europe: findings from SHARE. *Aging & Mental Health*, 24, 374-381. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531385>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi editores.
- Fontgalland, R., & Moreira, V. (2012). Da Empatia à Compreensão Empática: Evolução do Conceito no Pensamento de Carl Rogers. *Memorandum*, 23, 32-56.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Instituto Piaget.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4 ed.). Atlas.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Formasau.
- Jardim, J. (2011). *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação]*
- Jede, M., & Spuldaro, M. (2010). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(3), 413-421. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.375>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., & Sitskoorn, M. M. (2019). Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.004>
- Limpo, T., Alves, R., & Castro, S. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184. <https://doi.org/10.14417/lp.640>

- López-Jiménez, P., & Rosa-Gregori, G. (2014). El Desarrollo de Competencia para la Promoción de la Resiliencia: Buenas Prácticas y Procesos Formativos en Educación Social. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativos*, 45, 145-163.
- Luna, B. (1998). Sequência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71, 735-740.
- Marcelo do Couto, A., Barbosa de Castro, E., & Pereira Caldas, C. (2016). Vivências de Ser Cuidador Familiar de Idosos Dependentes no Ambiente Domiciliar. *Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17, 76-85.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com a Utilização do SPSS*. Sílabo.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 131-148.
- Mateus, M. (2012). O Educador Social na Construção de Pontes Socioeducativas Contextualizadas. *EDUSER: Revista de Educação*, 4, 60-71.
- Maximiano-Barreto, M., Luchesi, B., Moura, A., Pavarini, S., & Chagas, M. (2021). What factors are associated with affective and cognitive empathy in informal and formal caregivers of older people? *Australasian Journal on Ageing*, 00, 1-9. <https://doi.org/10.1111/ajag.12959>
- Melo, R. M. d. C., Rua, M. d. S., & Santos, C. S. V. d. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *J Revista de Enfermagem Referência. serIV*, 143-151.
- Mendes, P., Figueiredo, M., Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. (2019). Sobrecargas Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Moitoso, G. S., & Casagrande, C. A. (2017). A gênese e o desenvolvimento da empatia: fatores formativos implicados. *Educação Por Escrito*, 8(2), 209-224. <https://doi.org/10.15448/2179-8435.2017.2.28515>
- Monteiro, C. P. P. (2016). *Cuidadores Informais de pessoas com demência - percepções e necessidades socioeducativas [Tese de Mestrado em Educação Social, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação de Bragança]*
- Montorio Cerrato, I., & Losada Baltar, A. (2004). Una Visión Psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Informes Portal Mayores*, 12, 1-26.



- Nascimento, L. C., Moraes, E. R. d., Silva, J. C. e., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. d. C. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 514-517. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M., Climent-Rodríguez, J., & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33, 268-271. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Nogueira, M., Azeredo, Z., & Santos, A. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi [Competencies of the informal caregiver attributed by community nurses: Delphi study]. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 14, 749-759.
- Oliveira, D. C., & D'Elboux, M. J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *J Revista Brasileira de Enfermagem*. 65, 829-838. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>
- Paixão, A. (2015). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Cuidadores Informais [Tese de Mestrado em m Gerontologia -Ramo Social, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação]*
- Passos, L. (2018). *Retrato Social dos Cuidadores Informais das Pessoas com Demência [Tese de Mestrado em Educação Social - Educação e Intervenção ao Longo da Vida, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação]*
- Passos, L., & Prada, A. (2018). *Cuidar de uma pessoa com demência em contexto domiciliário. Comunicação por poster no III Seminário Internacional de Alzheimer, Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18462>*
- Pavarani, S. C. I., & Neri, A. L. (2005). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). Atheneu.
- Pera, L. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes [Tese de Mestrado em Envelhecimento Ativo Insituto Politécnico de Bragança, Bragança]*.
- Pereira, S. (2015). *Cuidar de Idosos Dependentes: A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares [Tese de Mestrado em Serviço Social, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais] Braga.*

- Pereira, S., & Duque, E. (2017). Cuidar de Idosos Dependentes - A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20, 187-202.
- Pestana, M. H., & Gagero, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Sílabo.
- Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J., & Prette, Z. A. P. D. (2016). Interpersonal Conflicts Among Family Caregivers of the Elderly: The Importance of Social Skills *J Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26, 161-170. <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201605>
- Queluz, F., Barham, E., Del Prette, Z., & Santos, A. (2018). Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares de Idosos (IHS-CI): Relações com Indicadores de Bem-Estar Psicológico. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia* 26(2), 537-539. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-01Pt>
- Queluz, F., Barham, E., & Prette, Z. (2019). The Relationship Between Social Skills and Psychosocial Adjustment Among Those who Care for Older Adults. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2917>
- Rodrigues, M. J. (2018). *Capacidades Autopercecionadas Pelo Cuidador Informal no Cuidado à Pessoa Dependente [Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]*
- Sampaio, L., Camino, C., & Roazzi, A. (2009). Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29, 212-227. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002>
- Segrin, C., McNelis, M., & Swiatkowski, P. (2016). Social Skills, Social Support, and Psychological Distress: A Test of the Social Skills Deficit Vulnerability Model. *Human Communication Research*, 42(1), 122-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hcre.12070>
- Segurança Social. (2020). *Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal*. <http://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e Intervenções*. Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit [Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale]. *Revista Referência, II Série*(12), 9-16.

- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491-500. <https://doi.org/10.1111/jocn.12108>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lidel.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: Os Cuidados Familiares na Velhice*. Ambar.
- Teixeira, A. (2018). *Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado [Tese de Mestrado de Enfermagem à pessoa em situação crítica, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]*
- van Knippenberg, R. J. M., de Vugt, M. E., Ponds, R. W., Myin-Germeys, I., & Verhey, F. R. J. (2016). Dealing with daily challenges in dementia (deal-id study): effectiveness of the experience sampling method intervention 'Partner in Sight' for spousal caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 16, 136. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0834-5>
- Vieira, C., Fialho, A., Freitas, C., & Jorge, M. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *J Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 570-579. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (1ª ed.). Edições Sílabo.
- Ximenes, V. (2018). *Um Estudo Correlacional Entre Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida de Cuidadores Familiares de Idosos [Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas]*
- Ximenes, V. S., Queluz, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2019). Revisão sistemática sobre fatores associados à relação entre habilidades sociais e suporte social. *Psico*, 50, e31349. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.3.31349>

# **Anexos**

## Anexo 1 - Pedido de Autorização para utilização da versão portuguesa do Índice de Reatividade Interpessoal de Davis.

Pedido de autorização para utilização da versão portuguesa do Índice de Reatividade Interpessoal de Davis 📧 Tese - Pedidos x  

**Joana Oliveira** <joana.eduarda2@gmail.com>  
para slcastro ▾ qua., 17 de fev. 09:58 (há 13 dias) ☆ ↶ ⋮



Cara Professora Doutora São Luis Castro,

No âmbito da tese de mestrado de Educação Social cuja temática será sobre sobrecarga do cuidador e competências pessoais e sociais desenvolvida na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, sob a orientação da Doutora Ana Prada, venho por este meio solicitar autorização para o uso do instrumento Índice de Reatividade Interpessoal de Davis, bem como informação sobre o mesmo.

Agradeço desde já a atenção disponibilizada e confiante da sua reatividade.

Com os maiores cumprimentos,

Joana Oliveira

Fwd: Pedido de autorização para utilização da versão portuguesa do Índice de Reatividade Interpessoal de Davis 📧 Tese - Pedidos x  

**Teresa Limpo** <tlimpo@fpce.up.pt>  
para mim, São ▾ 📧 qua., 17 de fev. 11:13 (há 13 dias) ☆ ↶ ⋮

Cara Joana,

Obrigada pelo seu interesse no IRI. No caso de ser útil, anexo o instrumento e artigo e validação.

Boa sorte para o seu trabalho,  
Teresa

-----  
Teresa Limpo, PhD  
Assistant Professor | University of Porto  
Faculty of Psychology and Education Sciences  
Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal

[e-mail: tlimpo@fpce.up.pt](mailto:tlimpo@fpce.up.pt)  
webpage: [https://www.researchgate.net/profile/Teresa\\_Limpo](https://www.researchgate.net/profile/Teresa_Limpo)

## Anexo 2 - Pedido de Autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada para a população portuguesa.

Pedido de autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada para a população portuguesa

Tese - Pedidos x

Joana Oliveira <joana.eduarda2@gmail.com>  
para carlossequeira

qua., 17 de fev. 09:54 (há 13 dias) ☆ ↶ ⋮

Caro Professor Doutor Carlos Sequeira,

No âmbito da tese de mestrado de Educação Social cuja temática será sobre sobrecarga do cuidador e competências pessoais e sociais, desenvolvida na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, sob a orientação da Doutora Ana Prada, venho por este meio solicitar autorização para o uso do instrumento Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit para a população portuguesa, bem como informação sobre a mesma, a fim de proceder a avaliação da sobrecarga do cuidador.

Agradeço desde já a atenção disponibilizada e confiante da sua recetividade.

Com os maiores cumprimentos,

Joana Oliveira

Pedido de autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada para a população portuguesa

Tese - Pedidos x



Carlos Sequeira

para mim

qua., 17 de fev. 11:19 (há 13 dias) ☆ ↶ ⋮

Estimada Joana Oliveira

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

**Seguem em anexo o instrumento.**

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

---

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

[https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Sequeira2](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2)

## Anexo 3 - Pedido de Autorização para utilização do Índice de Barthel.

Pedido de autorização para a Escala de Barthel ▶ Tese - Pedidos ×



**Joana Oliveira** <joana.eduarda2@gmail.com>  
para araujo ▼

qua., 17 de fev. 09:47 (há 13 dias)



Cara Professora Doutora Fátima Araújo,

No âmbito da tese de mestrado de Educação Social cuja temática será sobre sobrecarga do cuidador e competências pessoais e sociais desenvolvida na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, sob a orientação da Doutora Ana Prada, venho por este meio solicitar autorização para o uso do instrumento Índice de Barthel, bem como informação sobre o mesmo, a fim de proceder a avaliação das atividades de vida diárias.

Agradeço desde já a atenção disponibilizada e confiante da sua recetividade.

Com os maiores cumprimentos,

Joana Oliveira



**araujo@esenf.pt**

para mim ▼

> Boa tarde Dr<sup>a</sup> Joana

Antes de mais peço desculpa pelo atraso, mas as solicitações de trabalho na Escola foram muitas neste período e tive de definir prioridades...

Em relação ao seu pedido anexo a versão do instrumento validada afim de a atualizar no desenvolvimento do seu estudo no âmbito do Mestrado de Educação Social, para o qual lhe desejo muito sucesso.  
Anexo também copia do artigo de publicado.

A versão validada foi aplicada face-a- face em contexto domiciliário, em pessoas idosas residentes em áreas geograficas que contemplavam area rural/citadina e mista.

Não foi feito estudo para pontos de corte, porque à data o tamanho amostral não era muito grande e porque sabíamos que 3 ou 4 pessoas estavam à espera da versão validada para a aplicarem nos seus estudos de doutoramento que estavam a iniciar ( o que veio a acontecer) e consideramos que os pontos de corte pela análise das curvas ROC faria mais sentido quando juntasse-mos as amostras desses estudos, mas de facto até ao momento ainda não tivemos oportunidade de avançar, há sempre alguma coisa mais urgente para fazer...

Penso ter dado a informação que desejava.

Atenciosamente

Prof Fatima Araujo

\*\*\*

## Anexo 4 - Inquérito por Questionário.

### Investigação sobre cuidadores(as) informais de uma pessoa idosa

Caro(a) respondente,

No âmbito da dissertação de mestrado em Educação Social - Educação e Intervenção ao Longo da Vida da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança está a realizar-se uma investigação sobre os cuidadores informais de uma pessoa idosa. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre a empatia e a sobrecarga dos cuidadores informais face à pessoa idosa cuidada em contexto domiciliário.

A sua participação é voluntária e anónima e as suas respostas absolutamente confidenciais, sendo os dados recolhidos usados apenas para fins de investigação. Por favor, tenha em atenção os seguintes aspetos:

- Trata-se de um questionário anónimo e sua participação é voluntária.

- O estudo foi concebido para cuidadores(as) informais de uma pessoa idosa não institucionalizada, residentes em Portugal, com 18 ou mais anos de idade.

Os dados serão recolhidos através deste instrumento que possui um tempo aproximado de resposta de 20 minutos. A sua colaboração é essencial. Sinta-se livre para aceitar ou recusar participar neste estudo.

Ao responder a este questionário declara que leu e compreendeu tudo o que foi previamente referido, desejando colaborar voluntariamente na investigação. Reconhece, também que, em qualquer momento, poderá desistir desta colaboração, bastando fechar esta página, sem que isso acarrete qualquer consequência para si.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional sobre esta investigação deverá contactar a mestranda Joana Oliveira através do seguinte email: joana.eduarda2@gmail.com

Agradecemos desde já a sua colaboração, respondendo, com a maior sinceridade, às questões apresentadas em seguida.

Face à proposta que lhe foi feita: \*

- Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida. Aceito participar voluntariamente neste estudo e permito a utilização dos dados recolhidos para este estudo, de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato asseguradas.

## Parte I- Caracterização do(a) Cuidador(a) Informal ✕ ⋮

Segue-se uma lista de perguntas específicas sobre o(a) cuidador(a) responsável pelo cuidado da pessoa idosa.

1.1. Qual é o seu sexo? \*

- Masculino
- Feminino

1.2. Qual é a sua idade? \*

Texto de resposta curta

---

1.3. Qual é o seu estado civil? \*

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de facto
- Divorciado (a) / Separado(a)
- Viúvo(a)

1.4. Qual é a sua escolaridade? (refira apenas o grau mais elevado) \*

- 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
- Outros...

1.5. Qual é a sua atual situação profissional? \*

- Reformado(a)
- Desempregado(a)
- Empregado(a)
- Outros...

1.6. Em que distrito reside? \*

Texto de resposta curta

---

1.7. Há quantos anos é cuidador(a)? \*

Texto de resposta curta

---

1.8. Que tipo de cuidados presta à(s) pessoa(s) cuidada(s)? (pode escolher mais do que uma opção) \*

- Apoio pessoal (higiene pessoal, vestir/ despir, comer,...)
- Apoio na mobilidade
- Apoio na realização das tarefas domésticas (arrumar e limpar a casa, cozinhar)
- Apoio na administração da medicação
- Apoio na gestão de assuntos administrativos
- Apoio na gestão do dinheiro
- Apoio na realização das compras
- Acompanhamento da pessoa a consultas
- Apoio nas atividades recreativas/ de lazer

1.9. Conta com apoio de outra(s) pessoa(s) para cuidar da(s) pessoa(s) idosa(s)? \*

- Não
- Sim

1.10. Se recebe apoio de outra(s) pessoa(s), indique quem o(a) ajuda mais assiduamente no cuidar da pessoa idosa (pode escolher mais do que uma opção) \*

- Não recebo apoio
- Outro familiar
- Empregada(o) doméstica(o)
- Serviço de apoio domiciliário
- Centro de dia
- Associação/Instituição de apoio a pessoas com demência e familiares
- Outros...

## Parte II- Caracterização da Pessoa Cuidada ✕

Segue-se uma lista de perguntas específicas sobre a pessoa a quem presta cuidados.

2.1. Qual é o sexo da pessoa cuidada? \*

Masculino

Feminino

2.2. Qual é a idade da pessoa cuidada? \*

Texto de resposta curta  
.....

2.3. Foi diagnosticado algum tipo de demência à pessoa cuidada? \*

Não

Sim

2.4. Qual é a sua relação com a pessoa de quem cuida? \*

Cônjuge/ Companheiro(a)

Filho(a)/ Enteado(a)

Genro/Nora

Neto(a)

Amigo(a)/Vizinho(a)

Outros...

2.5. Reside com a pessoa de quem cuida? \*

Não

Sim

## Parte III- Avaliação Funcional da Pessoa Cuidada (Araújo et al., 2007)



As questões que se seguem procuram avaliar a capacidade funcional da pessoa de quem cuida para realizar as atividades básicas de vida diária (Araújo et al., 2007).

3.1. A pessoa de quem cuida, atualmente, relativamente à higiene pessoal: \*

- Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho(a).
- Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.

3.2. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue tomar banho: \*

- Sozinho(a), entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro.
- Não consegue tomar banho sozinho(a).

3.3. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue vestir-se: \*

- Veste-se sozinho(a) (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores).
- Precisa de ajuda para algumas coisas (por exemplo, apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar).
- Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.

3.4. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue alimentar-se: \*

- Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho(a).
- Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.
- Não consegue alimentar-se sozinho(a).

3.5. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho(a): \*

- Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade.
- Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física).
- Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira.
- É incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.

3.6. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue subir e descer escadas: \*

- Consegue subir e descer escadas.
- Precisa de ajuda para subir e descer escadas.
- Não consegue subir ou descer escadas.

3.7. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue andar/marcha ou deslocar-se : \*

- Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.).
  - Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa.
  - Consegue andar sozinho(a) em cadeira de rodas.
  - Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.
- 

3.8. Atualmente, a pessoa de quem cuida, tem controlo na função intestinal: \*

- Controla bem esta função.
  - Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes.
  - Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.
- 

3.9. Atualmente, a pessoa de quem cuida, controla a função urinária: \*

- Controla bem esta função ou está cateterizado(a) e substitui os sacos.
  - Perde urina acidentalmente.
  - Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.
- 

3.10. Atualmente, a pessoa de quem cuida, consegue ir à casa de banho: \*

- Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho.
  - Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho(a).
  - Não consegue ir à casa de banho sozinho(a).
-

## Parte IV- Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007)



A Escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador avalia a sobrecarga objetiva e subjectiva do(a) cuidador(a) informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que o seu familiar está dependente de si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Parte V- Índice de Reatividade Interpessoal ✕ ⋮ (Limpo et al., 2010)

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos e sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada item o/a descreve seleccionando o número apropriado na escala abaixo, desde 0 (não me descreve bem) a 4 (descreve-me muito bem).

---

1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

5. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo(a). \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

---

6. Habitualmente mantenho a objectividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

7. Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

8. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

9. Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

10. É raro ficar completamente envolvido(a) num bom livro ou filme. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

11. Quando vejo alguém ficar ferido, tento a permanecer calmo(a). \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

13. Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

14. Estar numa situação emocional tensa assusta-me. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

16. Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

20. Tendo a perder o controlo em situações de emergência. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

---

21. Quando estou aborrecido(a) com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido(a). \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar. \*

	0	1	2	3	4	
Não me descreve bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Descreve-me muito bem

---

Muito obrigada pela sua colaboração!

Quando terminar o questionário clique em ENVIAR/SUBMETER.

---