

## QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DOS PACIENTES IDOSOS DAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ASSISTENCIA DOMICILIAR DO ALGARVE (PT)

## QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF INFORMAL CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS OF HOME CARE ASSISTENCE IN THE ALGARVE (PT)

António Duarte<sup>1\*</sup>, Natércia Joaquim<sup>1</sup>, Fátima Lapa<sup>1</sup>, Cristina Nunes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Algarve

\*Endereço para correspondência: Edifício Campus Residence. Rua Arthur Aguedo Miranda nº2, 1<sup>o</sup>Fr-139, 8005-139, Faro-Portugal. E-mail: [ajaduarte@gmail.com](mailto:ajaduarte@gmail.com)

### RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as relações entre a qualidade de vida dos cuidadores informais e a sobrecarga na prestação dos cuidados aos pacientes idosos da rede de cuidados continuados integrados de assistência domiciliária do Algarve. Participaram 140 cuidadores, com idades compreendidas entre os 27 e os 89 anos das quais 80% eram mulheres. Foram aplicados o World Health Organization Quality of Life-brief e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. Observámos relações significativas e negativas entre todos os domínios da qualidade de vida e as subescalas da sobrecarga dos cuidadores. Os cuidadores que reportam pior qualidade de vida, são os que cuidam mais horas diárias do paciente idoso e, que realizam esta tarefa há mais anos.

**Palavras-Chave:** sobrecarga; cuidador; qualidade de vida; assistência domiciliar.

### ABSTRACT

The study aimed to evaluate the relationship between the informal caregivers of elderly patients of home care units of the Algarve, quality of life and the degree of perceived burden by informal caregivers. Included 140 individuals, 80% female, aged between 27 and 89 years. Were applied the World Health Organization Quality of Life-brief and the Assessment of Burden of Informal Caregiver Questionnaire. Significant and negative relations between all domains of quality of life and the subscales of the overload of careers were found. Caregivers, who report worse quality of life, are the ones who took more hours daily of the wearer and that perform this task for over years.

**Key Words:** burden; caregiver; quality of life; home care.

### INTRODUÇÃO

Em Portugal, o processo de envelhecimento populacional, que tem ocorrido de forma acelerada traz consigo a necessidade de desenvolver e adaptar estruturas (serviços de saúde e de apoio social), de forma a fazer face às necessidades de saúde e sociais da população (1,2).

Em países mais desenvolvidos, em que o envelhecimento populacional foi mais lento e recebeu mais atenção, foi construída

uma rede de organizações, que se define como *community care*, e cujo objetivo é manter o idoso em sua casa oferecendo suportes para a família e o cuidador. Entre as diferentes modalidades de assistência ao cuidador, destaca-se o serviço de sua substituição por um profissional, para alternar a prestação de cuidados (1,2).

O atendimento domiciliário envolve vários atores sociais numa rede complexa de relações, gerando situações de conflitos de interesses e de valores (3). Para Karsch (4) para delegar à família esta função deve-se

ter em conta a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional.

Em Portugal, a criação de unidades de apoio domiciliário, tornou possível garantir a providência de cuidados de saúde no domicílio por cuidadores informais, cargo geralmente ocupado pelos familiares, uma vez que esta é a principal responsável para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros, prestando cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida (5).

No seu estudo realizado no Brasil, Kinsella (6), observou que os cuidadores são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Para Martins et al. (7), os cuidadores informais são por definição pessoas não remuneradas, familiares ou amigas, que se assumem como responsáveis por prestar assistência e cuidados à pessoa dependente. Estes autores sublinham que este papel interfere em aspetos pessoais, familiares, laborais e sociais, conduzindo frequentemente a situações de crise que se manifestam através de *stress*, fadiga, constrangimento, depressão e alteração na autoestima, entre outros.

A co-residência constitui um fator de extrema importância na escolha do cuidador informal, devido à proximidade física e afetiva que existe com o idoso. No entanto, a coabitação também é evidente quando se trata dos cônjuges que asseguram a prestação de cuidados e de descendentes (8).

Para Azevedo (9), a prestação de cuidados tem implicações na saúde e qualidade de vida dos cuidadores. A qualidade de vida refere-se a uma avaliação subjetiva do indivíduo sobre a saúde física do indivíduo, psicológica, nível de independência, e relações sociais (10).

Conhecer a QV dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles.

Pinto et al. (11) num estudo sobre a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, concluíram que a

QV mostrou-se alterada, podendo comprometer os cuidados por eles prestados e piorava quando a capacidade funcional do idoso estava mais comprometida. Os cuidadores de pacientes com Alzheimer tinham maiores probabilidades de apresentar sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho. Mais horas de cuidado por semana, morar com o paciente e ser do sexo feminino influenciavam negativamente a QV do cuidador. As mulheres assumiam com mais frequência tarefas desgastantes, como a higiene do paciente, além de gerirem as tarefas domésticas.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de McDaniel (12) e Wakui et al. (13). Wakui et al. (13) no seu estudo conduzido com 727 famílias cuidadoras de pessoas idosas, usando serviços de apoio domiciliário na área metropolitana de ToKyo, sobre sobrecarga, satisfação com a vida e depressão, concluem que as atividades e frequência das mesmas estão associadas ao perfil psicológico e saúde dos cuidadores, com implicações práticas no apoio a estes, através de programas que visam melhorar a participação dos idosos em determinadas atividades.

McDaniel (12), no estudo sobre trabalho e sobrecarga, impacto do estresse do cuidador, conflito trabalho-família e burnout, refere a existência de relações significativas entre o stresse do cuidador e os efeitos traumáticos do conflito entre família-trabalho, provocando tensões psicológicas e esgotamento. O estudo discute igualmente as implicações no planeamento das necessidades com os cuidados pessoais no sentido de minimizar os problemas de saúde mental dos cuidadores que trabalham fora de casa.

Os cuidadores por vezes entram em situações de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, stresse, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da autoestima entre outras coisas. Esta sobrecarga pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que puderam acabar por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (14,15).

Alguns estudos mostram que os cuidadores apresentavam baixos níveis de

QV, sofrimento emocional, pior funcionamento físico e menos contactos sociais (16,17,18).

Em Portugal, alguns autores têm produzido evidência científica sobre a sobrecarga dos cuidadores informais (19-23), sendo esta definida como um construto multifacetado utilizado para descrever os efeitos negativos que o cuidar acarreta para o cuidador informal (23).

A sobrecarga é um conceito complexo e multifactorial, de grande importância na compreensão das questões relacionadas com os cuidadores informais, que tem sido alvo de estudos no sentido de definir os seus contornos, modo de avaliação e relação com outros conceitos da Psicologia (24).

A problemática da QV e sobrecarga do CI, são vertentes abrangentes da saúde pública. As famílias são cada vez mais solicitadas para o cuidar, necessitando estas de estar em permanência junto do seu familiar, passando por uma readaptação do seu papel no seio da família, levando muitas vezes a que os seus elementos tenham de perder o emprego e os papéis sociais, implicando alterações socioeconómicas, por vezes insustentáveis.

Para dar resposta a estes problemas foi criada em Portugal a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, no entanto são ainda escassos os estudos acerca destas unidades de apoio ao domicílio de pacientes dependentes que, após alta hospitalar, podem encontrar nos seus agregados familiares o suporte para a sua plena integração. Com o presente estudo pretendemos contribuir para um melhor conhecimento das necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

O objetivo do presente estudo foi o de analisar as relações entre a QV dos cuidadores informais e a sobrecarga na prestação dos cuidados aos pacientes idosos da rede de cuidados continuados integrados (RCCI) de assistência domiciliária do Algarve.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Participaram 140 indivíduos cuidadores informais de pacientes idosos abrangidos pela RCCI domiciliários da região do Algarve (PT). Procedeu-se a uma

amostragem não probabilística por conveniência sendo os participantes selecionados de forma acidental. Foram incluídos todos os cuidadores informais que aceitaram participar no estudo e que estavam em condições cognitivas de responder, obtendo-se uma amostra assim distribuída pelas unidades da rede de cuidados domiciliários: 30 de Portimão, 20 de Faro, 32 de Olhão, 9 de Loulé, 6 de Quarteira 25 de Silves e 18 de Lagoa.

### **Instrumentos**

Os instrumentos aplicados foram um questionário de caracterização do CI, o World Health Organization Quality of Life-brief (WHOQOL-brief) para avaliação da QVRS e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) para avaliação do nível de sobrecarga.

O questionário de caracterização do CI é constituído por um conjunto de questões que incluem informações sobre a caracterização sociodemográfica e socioeconómica, sobre a prestação de cuidados, sobre o utente e sobre impactos do cuidar na saúde do cuidador informal.

O WHOQOL-brief é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e validado para a população portuguesa por Canavarro et al. (10) para avaliar a QVRS. É composto por 26 itens e está organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Cada um dos domínios é composto por um conjunto de facetes. O instrumento inclui ainda uma faceta sobre qualidade de vida geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à exceção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde. Para que os dados possam ser representativos, é necessário o preenchimento de todas as questões. As questões são simples, diretas e autoexplicativas que se referem aos últimos quinze dias de vida (10). As perguntas estão formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa, (1= Nada; 2= Muito pouco; 3= Médio; 4= Muito; 5= Completamente). Segundo Canavarro *et al.*,

(10) os dados são apresentados numa escala de 0 a 100 pontos e os cálculos foram efetuados conforme indicado por Canavaro *et al.*, (10) deste modo, quanto mais elevados forem os valores na escala menor a qualidade de vida.

A avaliação da consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach foi aceitável, quer se considerem o conjunto das 26 perguntas que compõem o instrumento ( $\alpha = 0,92$ ), ou os domínios individualmente: 0,87 para o Físico, 0,84 para o Psicológico, 0,64 para as Relações Sociais e 0,78 para o Ambiente (10). No presente estudo a avaliação da consistência interna foi aceitável tendo-se obtido os seguintes alfa de Cronbach:  $\alpha = 0,92$  para a Escala Global,  $\alpha = 0,85$  para o domínio Físico,  $\alpha = 0,85$  para o Psicológico,  $\alpha = 0,76$  para as Relações Sociais e  $\alpha = 0,76$  para o domínio Ambiente.

A QASCI trata-se duma escala desenvolvida por Martins *et al.* (7) que avalia a sobrecarga física, emocional e social dos CI. Inclui 32 itens avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5; integra 7 dimensões: implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens), satisfação com o papel e com o familiar (5 itens), reações a exigências (5 itens), sobrecarga emocional relativa ao familiar (4 itens), suporte familiar (2 itens), sobrecarga financeira (2 itens) e perceção de mecanismos de eficácia e de controlo (3 itens). O suporte familiar, a satisfação com o papel e com o familiar e a perceção dos mecanismos de eficácia e controlo constituem forças positivas na dinâmica em estudo. No entanto, as pontuações destas subescalas foram invertidas para que valores mais altos correspondessem a situações com maior peso ou sobrecarga. Foi aplicada a fórmula de transformação da escala em números índice para que cada subescala apresentasse valores que variam entre 0 e 100, permitindo a comparação direta do nível de sobrecarga entre as diversas dimensões. A QASCI apresenta uma boa consistência interna em 6 dos seus componentes (valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70), à exceção da subescala “Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo” (0,62). Resultados similares foram obtidos no presente estudo, com um alfa de Cronbach de 0,86 para a Sobrecarga Emocional, 0,93 para Implicações na Vida Pessoal, 0,91 para a Sobrecarga Financeira, 0,81 Reações e

Exigências, 0,63 Mecanismos de Eficácia e Controlo; 0,76 Suporte Familiar, 0,79 Satisfação Papel familiar, 0,94 Escala Global.

O Índice de Graffar (25), avalia o nível socioeconómico dos participantes e é composto por cinco critérios: Profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiar, conforto de alojamento e aspeto do bairro onde habita. Numa primeira fase há que atribuir a cada família observada uma pontuação para cada 1 dos 5 critérios enumerados, e numa segunda fase usar a soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos varia entre 5 e 25, sendo dividida em cinco níveis correspondentes ao ESE dos indivíduos, segundo a classificação: Nível I – nível mais alto (5 a 9 pontos); Nível II – nível médio alto (10 a 13 pontos); Nível III – nível médio (14 a 17 pontos); Nível IV – nível médio baixo (18 a 21 pontos); Nível V – nível mais baixo (22 a 25 pontos).

O nível de independência funcional nas atividades básicas de vida diária foi avaliada com recurso à escala criada por Sidney Katz, em 1963, para estudar os resultados do tratamento e prognóstico nos idosos e doentes crónicos, bem como avaliar a autonomia física do idoso (26). O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, onde para cada tarefa foi pontuado com 0 para independente e 1 para dependente. Para efeitos de apresentação de resultados os pacientes idosos foram agrupados em 3 categorias: totalmente independente (independente em todas as atividades); parcialmente dependente (depende de 2 a 5 atividades); totalmente dependente (dependente em todas as atividades).

## Procedimentos

Os dados foram recolhidos por entrevista realizada nos domicílios em contexto de visita da equipa da rede de cuidados domiciliários, no período de 15 Fevereiro a 30 Março 2011, após a aprovação pela comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Algarve (processo nº 025763) e o consentimento informado de cada participante.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19. Recorreu-se a estatística descritiva, com utilização de distribuição das frequências

(relativas e absolutas) para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão), para as variáveis numéricas. Os pressupostos para aplicação de estatística paramétrica foram verificados através dos testes de Kolmogorov–Smirnov e de Levene. Uma vez que algumas das dimensões da QV e da sobrecarga não apresentam uma distribuição normal, optou-se por aplicar os testes não paramétrico de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação de médias. O teste de correlação de Pearson foi aplicado para analisar as relações entre os

componentes da QV e da sobrecarga e a correlação de Spearman para analisar as relações entre as variáveis independentes ordinais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos Cuidadores informais

As características sociodemográficas e socioeconómicas destes CI, bem como informações sobre os cuidados prestados, sobre o utente e sobre impactos do cuidar na saúde do CI, são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização dos cuidadores informais de pacientes idosos da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados do Algarve (PT)

| <b>Variáveis</b>                    | <b>N (%)</b> |
|-------------------------------------|--------------|
| <b>Faixa etária</b>                 |              |
| Adulto (<65 anos)                   | 82 (58,60)   |
| Idoso (≥65 e <80 anos)              | 40 (28,60)   |
| Muito idoso (≥80 anos)              | 18 (12,90)   |
| <b>Sexo</b>                         |              |
| Masculino                           | 28 (20,00)   |
| Feminino                            | 112 (80,00)  |
| <b>Estado Civil</b>                 |              |
| Solteiro                            | 11 (7,90)    |
| Casado/Unido de facto               | 113 (80,70)  |
| Divorciado/Separado                 | 7 (5,00)     |
| Viúvo                               | 9 (6,40)     |
| <b>Coabitação</b>                   |              |
| Sozinho                             | 2 (1,40)     |
| Cônjuge                             | 109 (77,90)  |
| Familiares diretos                  | 24 (17,10)   |
| Outros                              | 2 (1,40)     |
| <b>Situação laboral atual</b>       |              |
| Ativo                               | 46 (32,90)   |
| Reformado                           | 64 (45,70)   |
| Desempregado                        | 11 (7,90)    |
| Outra                               | 19 (13,60)   |
| <b>Classe Social</b>                |              |
| Classe I (Baixa)                    | 2 (1,40)     |
| Classe II (Média baixa)             | 9 (6,40)     |
| Classe III (Média)                  | 47 (33,60)   |
| Classe IV (Média alta)              | 36 (25,70)   |
| Classe V (Alta)                     | 6 (4,30)     |
| <b>Propriedade da habitação</b>     |              |
| Sim                                 | 98 (70,00)   |
| Não                                 | 42 (30,00)   |
| <b>Parentesco com o utente</b>      |              |
| Cônjuge                             | 55 (39,30)   |
| Familiar direto                     | 56 (40,00)   |
| Outros                              | 25 (17,90)   |
| <b>Cuidados anteriores a idosos</b> |              |
| Não                                 | 101 (72,10)  |
| Sim                                 | 35 (25,00)   |

| <b>Variáveis</b>   | <b>N (%)</b> |
|--|--------------|
| <b>Percepção sobre o grau de dependência do utente</b>         |              |
| Gravemente dependente  | 88 (62,90)   |
| Moderadamente dependente                                       | 34 (24,30)   |
| Ligeiramente dependente  | 18 (12,90)   |
| Independente   | 0 (0,00)     |
| <b>Tempo que presta cuidados</b>                               |              |
| <1 ano   | 28 (20,00)   |
| 1 ano-3 anos   | 46 (32,90)   |
| >3 anos  | 66 (47,10)   |
| <b>Período de cuidados ao utente (horas/dia)</b>               |              |
| 0-6  | 20 (14,30)   |
| 6-12   | 19 (13,60)   |
| 12-18  | 27 (19,30)   |
| 18-24  | 74 (52,90)   |
| <b>Nº de horas de sono (/dia)</b>                              |              |
| < 3  | 2 (1,40)     |
| 3-7  | 87 (62,10)   |
| 7-10   | 49 (35,00)   |
| <b>Doença adquirida após o início da prestação de cuidados</b> |              |
| Não  | 94 (67,10)   |
| Sim  | 41 (29,30)   |
| <b>Impactos negativos da prestação de cuidados na saúde</b>    |              |
| Não  | 77 (55,00)   |
| Sim  | 57 (40,70)   |
| <b>Medicação</b>   |              |
| Não  | 57 (40,70)   |
| Sim  | 81 (57,90)   |
| <b>Apoio Psicológico</b>                                       |              |
| Não  | 136 (97,10)  |
| Sim  | 3 (2,10)     |

Nota: Continuação da tabela 1

A média de idade dos participantes foi de  $61,64 \pm 14,42$  anos, tendo o mais novo 27 e o mais velho 89 anos idade. A maioria (58,60%) era do sexo feminino (80,00%), casada ou em união de facto (80,70%) e coabitavam com o cônjuge (77,90%). Quanto à situação laboral atual, 45,70% estavam reformadas, pertenciam à classe média (33,60%) e média alta (25,70%) e eram proprietárias da sua habitação (70,00%).

Verificou-se também que os CI são familiares diretos (40,00%) ou cônjuges do paciente (39,30%); a maioria não cuidou anteriormente de outro idoso (72,10%) e considera que o paciente é gravemente dependente (62,90%).

Quanto à prestação de cuidados ao paciente, a maioria cuida do paciente há menos de 3 anos (52,90%), e cuida do paciente entre 18-24 horas/dia (52,90%). Adicionalmente, a maioria dos CI incluídos no estudo referiu dormir 3-7 horas/dia (62,10%), fazia 3-6 refeições/dia (90,00%),

não adquiriu doença relevante depois de iniciar a prestação de cuidados a este paciente (67,10%), referiu não ter sofrido impactos negativos na sua saúde por prestar cuidados ao paciente (55,00%), tomava medicação habitualmente (57,90%) e não recebia apoio psicológico (97,10%).

### **QVRS e Sobrecarga dos CI da RCCI Domiciliários**

Na tabela 2 apresentam-se os níveis de QVRS e de sobrecarga dos CI de pacientes da RCCI de Assistência Domiciliária no Algarve. Quando se analisa a sobrecarga física, emocional, e social dos cuidadores informais observa-se que a subescala que assume o valor mais elevado (indicativo de maior nível de sobrecarga) é *sobrecarga financeira* ( $43,44 \pm 30,82$ ), seguida da *Vida Pessoal* ( $40,93 \pm 24,96$ ).

Por sua vez, as subescalas que apresentam os valores mais baixos são *reações às exigências* e *satisfação com o*

*papel e com o familiar*, conforme se pode verificar na Tabela 2.

De igual modo, analisando os domínios da Qualidade de Vida, verificou-se que o domínio com o valor mais elevado foi o físico com uma média de (61,92±16,83) enquanto o domínio com nível mais baixo foi

o Domínio Relações Sociais com uma média de (59,43±18,64). Quanto aos valores de qualidade de vida global e satisfação com a saúde, apresentaram valores intermédios, com as médias respetivamente de (3,05±0,70) e (3,11±0,94).

**Tabela 2.** Níveis de QVRS e de Sobrecarga dos CI de pacientes idosos da RCCI de assistência domiciliar no Algarve

| <b>Dimensões</b>          | <b>Mín - Máx</b> | <b>M (DP)</b> |
|---------------------------|------------------|---------------|
| <b>Sobrecarga</b>         |                  |               |
| Sobrecarga Emocional      | 0-94             | 37,09 (24,81) |
| Vida Pessoal              | 0-95             | 40,93 (24,96) |
| Sobrecarga Financeira     | 0-100            | 43,44 (30,82) |
| Reações a Exigências      | 0-85             | 20,54 (19,64) |
| Eficácia Controlo         | 0-100            | 36,62 (17,97) |
| Suporte Familiar          | 0-100            | 34,12 (28,24) |
| Satisfação Papel Familiar | 0-65             | 24,12 (18,65) |
| <b>Qualidade de Vida</b>  |                  |               |
| Domínio Psicológico       | 13-96            | 59,82 (15,45) |
| Domínio Físico            | 21-96            | 61,92 (16,83) |
| Domínio Relações Sociais  | 0-92             | 59,43 (18,64) |
| Domínio Ambiente          | 25-94            | 59,79 (11,49) |
| Qualidade de vida global  | 1-5              | 3,05 (0,70)   |
| Satisfação com a saúde    | 1-5              | 3,11 (0,94)   |

### **Relações entre a sobrecarga e os domínios da qualidade de vida do cuidador**

Como se pode observar na tabela 3, todas as correlações são significativas e negativas entre os domínios da qualidade de vida e as subescalas da sobrecarga. De uma forma geral, e considerando as diversas dimensões da sobrecarga e os domínios da QV, as correlações com maior força observaram-se entre os domínios psicológico e Sobrecarga Emocional ( $r=-0,611$ ) e Vida Pessoal ( $r=-0,615$ ) e domínio das relações sociais e o suporte familiar ( $r=-0,605$ ).

As correlações mais fracas, verificaram-se entre o domínio psicológico e a sobrecarga financeira ( $r=-0,289$ ), o domínio das relações Sociais e a Sobrecarga Financeira ( $r=-0,271$ ), entre a QV Global e as Reações e Exigências ( $r=-0,295$ ) e Suporte Familiar ( $r=-0,276$ ) e entre a Satisfação com

a saúde e a satisfação com o Papel familiar ( $r=-0,219$ ).

### **Relações entre a sobrecarga e as características do cuidador Informal**

Na tabela 4, apresentam-se as relações entre as diversas dimensões da sobrecarga do CI e as suas características sociodemográficas, económicas e ligadas ao cuidado e à saúde.

Verificou-se que o nível de sobrecarga financeira é significativamente superior nos homens (55,80±29,75) em relação às mulheres (40,32±30,42), sendo que sobrecarga emocional é significativamente superior nos indivíduos viúvos (44,44±27,68) e Divorciado/Separado (43,75±12,50), em relação aos Casados/Unidos de facto (38,12±25,18) e solteiros (16,48±13,77).

**Tabela 3.** Correlações entre a sobrecarga e os domínios da qualidade de vida do cuidador.

|                          | Sobrecarga Emocional | Vida Pessoal | Sobrecarga Financeira | Reações Exigências | Eficácia Controlo | Suporte Familiar | Satisfação Papel Familiar |
|--------------------------|----------------------|--------------|-----------------------|--------------------|-------------------|------------------|---------------------------|
| Domínio Psicológico      | -0,611**             | -0,615**     | -0,289**              | -0,410**           | -0,488**          | -0,476**         | -0,515**                  |
| Domínio Físico           | -0,522**             | -0,489**     | -0,448**              | -0,424**           | -0,516**          | -0,502**         | -0,494**                  |
| Domínio Relações Sociais | -0,435**             | -0,441**     | -0,271**              | -0,323**           | -0,339**          | -0,605**         | -0,434**                  |
| Domínio Ambiente         | -0,361**             | -0,419**     | -0,449**              | -0,325**           | -0,516**          | -0,410**         | -0,453**                  |
| Qualidade de Vida Global | -0,399**             | -0,470**     | -0,401**              | -0,295**           | -0,412**          | -0,276**         | -0,320**                  |
| Satisfação com a Saúde   | -0,494**             | -0,408**     | -0,304**              | -0,311**           | -0,298**          | -0,299**         | -0,219*                   |

0,01 < p < 0,05; \*\* p ≤ 0,01

Verificou-se que existe correlação significativa e positiva entre todas as dimensões da sobrecarga e a faixa etária dos cuidadores ( $0,1 < r < 0,2$ ), o que indica que os indivíduos que apresentam maior sobrecarga apresentam maior idade. Do mesmo modo, existe correlação significativa, positiva e muito fraca entre a sobrecarga emocional, vida pessoal e reações a exigências e a classe social do cuidador ( $r < 0,2$ ), sendo a correlação significativa, positiva e fraca entre a Sobrecarga Financeira, Eficácia Controlo, Suporte familiar, Satisfação com Papel familiar e a classe social do cuidador ( $0,2 < r < 0,5$ ).

Para efeitos de comparação de sobrecarga e QV em função da coabitação, foram consideradas 3 categorias, tendo sido agrupadas as categorias “outros” e “sozinhos”; não se verificando diferenças significativas no nível de sobrecarga em função da coabitação ( $p > 0,05$ ).

Quanto à situação atual perante o trabalho, os indivíduos no ativo apresentaram menor nível de sobrecarga nas dimensões sobrecarga emocional ( $p = 0,045$ ), sobrecarga financeira ( $p = 0,001$ ) e satisfação com o papel familiar ( $p = 0,016$ ), em comparação com os restantes grupos.

No que diz respeito à propriedade da habitação são os indivíduos proprietários da sua habitação os que reportam maior nível de sobrecarga nas dimensões suporte familiar ( $37,11 \pm 28,00$  vs  $27,13 \pm 27,93$ ) e

satisfação com o papel familiar ( $26,89 \pm 18,84$  vs  $17,68 \pm 16,70$ ).

Quanto ao parentesco com o paciente são os cuidadores de cônjuges que apresentam nível de sobrecarga significativa superior nas dimensões de vida pessoal ( $p = 0,021$ ), sobrecarga financeira ( $p < 0,001$ ) e satisfação com o papel familiar ( $p = 0,048$ ).

Os indivíduos que prestaram cuidados anteriormente a idosos apresentam nível de sobrecarga significativamente mais baixa nas dimensões Sobrecarga Emocional, Vida Pessoal, Sobrecarga Financeira e Eficácia e Controlo. Por outro lado, os cuidadores que referem ter adquirido doença após o início da prestação de cuidados apresentam nível de sobrecarga significativamente superior ( $p < 0,05$ ) nas dimensões Sobrecarga Emocional, Vida Pessoal, Suporte Familiar e Satisfação com o Papel Familiar. Adicionalmente, os cuidadores que referem não ter tido impactos negativos na sua saúde na sequência da prestação de cuidados apresentam níveis de sobrecarga significativamente mais baixos em todas as dimensões à exceção da eficácia e controlo. Quanto à medicação, os cuidadores que referem não tomar medicação para dor crónica, apresentam níveis de sobrecarga significativamente mais baixos nas dimensões Sobrecarga Emocional, Sobrecarga Financeira e Suporte Familiar.



**Tabela 4.** Relações entre a sobrecarga e as características do cuidador Informal.

| Variáveis do CI  | Sobrecarga Emocional | Vida Pessoal    | Sobrecarga Financeira | Reações Exigências | Eficácia Controlo | Suporte Familiar | Satisf. Papel Familiar |
|--|----------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|
| Faixa etária <sup>1</sup> (r)  | 0,127                | <b>0,182*</b>   | <b>0,232**</b>        | 0,119              | <b>0,274**</b>    | <b>0,288**</b>   | <b>0,324**</b>         |
| Sexo <sup>2</sup> (U)  | 1464,9               | 1298,5          | <b>1121,5*</b>        | 1399,0             | 1291,5            | 1374,5           | 1250,5                 |
| Estado Civil <sup>3</sup> (H (3))  | <b>10,089*</b>       | 2,656           | 4,828                 | 1,927              | 5,150             | 5,673            | 4,512                  |
| Coabitação <sup>3</sup> (H (2))  | 2,687                | 2,330           | 5,266                 | 1,120              | 0,508             | 0,780            | 0,545                  |
| Situação laboral atual <sup>3</sup> (H (3))                              | <b>8,065*</b>        | 7,573           | <b>16,612**</b>       | 2,422              | 6,081             | 1,205            | <b>10,301*</b>         |
| Classe Social <sup>1</sup> (r)   | 0,075                | 0,040           | <b>0,323**</b>        | 0,115              | <b>0,269**</b>    | <b>0,298**</b>   | <b>0,349**</b>         |
| Propriedade da habitação <sup>2</sup> (U)                                | 1830,0               | 1495,5          | 1763,0                | 1677,0             | 1742,5            | <b>1523,5*</b>   | <b>1354,0**</b>        |
| Parentesco com o utente <sup>3</sup> (H (2))                             | 5,226                | <b>7,757*</b>   | <b>24,487**</b>       | 3,110              | 5,321             | 5,347            | <b>6,073*</b>          |
| Cuidados anteriores a idosos <sup>2</sup> (U)                            | <b>1175,0**</b>      | <b>1234,5*</b>  | <b>1355,5*</b>        | 1433,0             | <b>1258,0*</b>    | 1642,0           | 1340,0                 |
| Perceção sobre o grau de dependência do utente <sup>1</sup> (r)          | <b>0,277**</b>       | <b>0,293**</b>  | <b>0,190*</b>         | 0,066              | 0,119             | -0,063           | -0,029                 |
| Tempo que presta cuidados <sup>1</sup> (r)                               | <b>0,231**</b>       | 0,164           | 0,081                 | 0,090              | 0,118             | 0,117            | 0,065                  |
| Período de cuidados ao utente <sup>1</sup> (r)                           | 0,124                | <b>0,196*</b>   | <b>0,281**</b>        | 0,086              | 0,014             | 0,042            | 0,059                  |
| Nº de horas de sono <sup>1</sup> (r)                                     | -0,125               | 0,004           | -0,046                | -0,056             | -0,090            | -0,093           | -0,080                 |
| Nº de refeições <sup>1</sup> (r)   | 0,041                | 0,023           | 0,050                 | 0,121              | -0,058            | 0,012            | 0,091                  |
| Doença adquirida após o início da prestação de cuidados <sup>2</sup> (U) | <b>1003,5**</b>      | <b>1065,5**</b> | 1680,0                | 1531,0             | 1404,0            | <b>1118,0**</b>  | <b>1159,5*</b>         |
| Impactos negativos da prestação de cuidados na saúde <sup>2</sup> (U)    | <b>802,0**</b>       | <b>875,5**</b>  | <b>1553,0**</b>       | <b>1619,5*</b>     | 1738,5            | <b>1660,5*</b>   | <b>1682,5*</b>         |
| Medicação <sup>2</sup> (U)   | <b>1483**</b>        | 1747,0          | <b>1764,0*</b>        | 2246,0             | 2115,0            | <b>1655,5*</b>   | 1875,0                 |
| Apoio Psicológico <sup>2</sup> (U)                                       | 117,5                | 140,5           | 181,5                 | 192,5              | 167,0             | <b>57,5*</b>     | 144,5                  |

0,01 < p < 0,05; \*\* p ≤ 0,01; <sup>1</sup>r = Correlação de Spearman; <sup>2</sup>U = Mann-Whitney; <sup>3</sup>H = Kruskal-Wallis

Quanto ao apoio Psicológico recebido, os cuidadores que recebem apoio psicológicos apresentam menor sobrecarga na dimensão suporte familiar ( $p=0,032$ ).

Igualmente se verificou a existência de correlação significativa, positiva e fraca entre as dimensões sobrecarga emocional, vida pessoal e sobrecarga financeira com a percepção do cuidador sobre o grau de dependência do paciente, o que indica que os pacientes idosos mais dependentes implicam maior sobrecarga.

Quanto ao tempo que o cuidador presta cuidados ao paciente, verificou-se correlação significativa, positiva e fraca com a sobrecarga emocional ( $r=0,231$ ). De igual modo, verificou-se correlação significativa, positiva e fraca entre as dimensões Vida pessoal ( $r=0,196$ ) e Sobrecarga Financeira ( $r=0,281$ ) com o período de cuidados que o cuidador dispensa ao paciente. Não se verificou correlação significativa entre o nº de horas de sono e o nº de refeições do CI com as diversas dimensões da sobrecarga ( $p>0,06$ ).

### **Relações entre a QVRS e as características do CI**

Na tabela 5, constam relações entre as dimensões da QVRS e as características do cuidador informal.

Não se verificaram diferenças significativas no nível de QV em função do sexo, coabitação, propriedade da habitação, nº de horas de sono e apoio psicológico ( $p>0,05$ ).

Verificou-se correlação negativa significativa entre a faixa etária e os vários domínios da QV ( $-0,270<r<-0,405$ ), com exceção da satisfação com a saúde, o que significa que os indivíduos mais velhos reportam pior QV. Resultados similares foram obtidos para a variável classe social ( $-0,250<r<-0,474$ ), o que significa que os indivíduos das classes sociais mais baixas referem pior QV.

Quanto ao estado civil, verificaram-se diferenças significativas na percepção de QV global em função do estado civil ( $p<0,05$ ), sendo que os solteiros apresentaram valores mais elevados ( $3,45\pm 0,522$ ) e os viúvos os mais baixos ( $2,67\pm 0,707$ ).

No respeitante à situação laboral atual, verificaram-se diferenças significativas nos diversos domínios da QV ( $p<0,05$ ), à exceção das relações sociais, em função da

situação atual perante o trabalho, sendo que os ativos apresentaram valores mais elevados e os reformados os mais baixos.

Quanto ao parentesco com o paciente, os cuidadores de cônjuges apresentam nível de QV significativamente inferior em todas as dimensões, com exceção da satisfação com a saúde. Os cuidadores que já cuidaram anteriormente de idosos apresentam nível de QV significativamente superior nos domínios físico ( $p=0,017$ ) e psicológico ( $p=0,011$ ).

Os cuidadores que reportaram ter adquirido alguma doença e ter tido impactos negativos da prestação de cuidados e que tomam medicação crónica, apresentam nível de QV significativamente mais baixo ( $p<0,05$ ) em todos os domínios, com exceção do domínio ambiente a para a variável medicação.

Verificou-se correlação negativa significativa entre o tempo que o cuidador presta cuidados e os vários domínios da QV ( $-0,077<r<-0,275$ ), com exceção do domínio das relações sociais, o que significa que os cuidadores que prestam há mais tempo cuidados referem pior QV. Resultados similares foram obtidos para a variável período de horas de cuidados ao paciente ( $-0,175<r<-0,313$ ), significando que ao maior tempo despendido com o paciente pior QV.

Quanto ao nº de refeições por dia, verificou-se correlação negativa significativa com os vários domínios da QV ( $-0,059<r<-0,187$ ), com exceção da satisfação com a saúde, o que significa que os indivíduos que tomam mais refeições por dia reportam melhor satisfação com a saúde

### **DISCUSSÃO**

No presente trabalho estudámos o nível de QV e sobrecarga num grupo de CI de pacientes idosos da RNCCI domiciliários, sendo que pouco mais da metade tem idade inferior a 65 anos, maioria é do sexo feminino, casada ou vive em união de facto coabitando com o cônjuge. Quanto à situação laboral atual, pouco menos da metade encontrava-se reformada e pertencia à classe média e média alta e a grande maioria era proprietário da sua habitação. Corroboram estes dados vários estudos (7,27,33) que observaram igualmente que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino. É à mulher a quem cabe a função e

responsabilidade de cuidador ao longo da vida. De igual modo, vários estudos observaram que os cuidadores informais se encontravam entre os 40 e os 59 anos e na sua maioria os cuidadores eram mulheres, esposa e filhas, geralmente casadas (5,14,21,27,30-33). Contrariamente, os estudos de Martin et al. (7,28), mostraram

que os cuidadores são maioritariamente idosos. Para Jani-le-Bris (8) a maior proporção dos cuidadores encontra-se reformada, sendo que somente cerca de 1/3 encontra-se em atividade profissional, ou seja, existe uma acumulação de um trabalho com a tarefa de cuidador.

**Tabela 5.** Estatísticas das relações entre as características do CI e a QVRS.

| Variáveis do CI  | D. Psicológico  | D. Físico       | D. Relações Sociais | D. Ambiente     | QV Global       | Satisf. com Saúde | a |
|--|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|-----------------|-------------------|---|
| Faixa etária <sup>1</sup> (r)  | <b>-0,270**</b> | <b>-0,405**</b> | <b>-0,297**</b>     | <b>-0,276**</b> | <b>-0,263**</b> | -0,150            |   |
| Sexo <sup>2</sup> (U)  | 1311,0          | 1413,5          | 1005,5              | 1390,0          | 1361,5          | 1256,0            |   |
| Estado Civil <sup>3</sup> (H (3))  | 7,332           | 6,282           | 5,266               | 1,308           | <b>8,037*</b>   | 5,979             |   |
| Coabitação <sup>3</sup> (H (2))  | 3,503           | 4,995           | 3,616               | 1,158           | 5,420           | 1,229             |   |
| Situação laboral atual <sup>3</sup> (H (3))                              | <b>13,176**</b> | <b>17,491**</b> | 5,630               | <b>12,939**</b> | <b>13,948**</b> | <b>11,825**</b>   |   |
| Classe Social <sup>1</sup> (r)   | <b>-0,250*</b>  | <b>-0,381**</b> | <b>-0,253*</b>      | <b>-0,474**</b> | <b>-0,370**</b> | -0,070            |   |
| Propriedade da habitação <sup>2</sup> (U)                                | 1647,5          | 1632,5          | 1503,0              | 1839,0          | 1893,0          | 1936,0            |   |
| Parentesco com o utente <sup>3</sup> (H (2))                             | 14,104**        | 20,802**        | 9,484**             | 6,656*          | 9,423**         | 4,528             |   |
| Cuidados anteriores a idosos <sup>2</sup> (U)                            | <b>1221,5*</b>  | <b>1206,0*</b>  | 1192,5              | 1360,5          | 1543,5          | 1413,5            |   |
| Perceção sobre o grau de dependência do utente <sup>1</sup> (r)          | -0,235**        | -0,088          | 0,004               | -0,204*         | 0,303**         | 0,263**           |   |
| Tempo que presta cuidados <sup>1</sup> (r)                               | <b>-0,196*</b>  | <b>-0,244**</b> | 0,026               | -0,077          | -0,120          | <b>-0,275**</b>   |   |
| Período de cuidados ao utente <sup>1</sup> (r)                           | <b>-0,283**</b> | <b>-0,278**</b> | <b>-0,199*</b>      | <b>-0,230**</b> | <b>-0,313**</b> | <b>-0,175*</b>    |   |
| Nº de horas de sono <sup>1</sup> (r)                                     | 0,150           | 0,144           | 0,123               | 0,089           | 0,062           | 0,024             |   |
| Nº de refeições <sup>1</sup> (r)   | -0,059          | -0,163          | -0,082              | -0,142          | <b>-0,187*</b>  | 0,024             |   |
| Doença adquirida após o início da prestação de cuidados <sup>2</sup> (U) | <b>1009,5**</b> | <b>1076,0**</b> | <b>723,0**</b>      | <b>1366,5*</b>  | <b>1482,0*</b>  | <b>1079,0**</b>   |   |
| Impactos negativos da prestação de cuidados na saúde <sup>2</sup> (U)    | <b>1168,0**</b> | <b>1164,0**</b> | <b>1165,0*</b>      | <b>1343,0**</b> | <b>1578,5**</b> | <b>1166,0**</b>   |   |
| Medicação <sup>2</sup> (U)   | <b>1344,0**</b> | <b>1284,0**</b> | <b>1181,5**</b>     | 1856,0          | <b>1779,5**</b> | <b>1402,0**</b>   |   |
| Apoio Psicológico <sup>2</sup> (U)                                       | 88,5            | 164,0           | 21,5                | 197,5           | 193,5           | 145,0             |   |

0,01 < p < 0,05; \*\* p ≤ 0,01; <sup>1</sup>r = Correlação de Spearman; <sup>2</sup>U = Mann-Whitney; <sup>3</sup>H = Kruskal-Wallis

Outros estudos apontam tal como no nosso trabalho que os principais cuidadores são familiares diretos com nível socioeconómico médio-baixo (7,28,34,35),

Apesar dos níveis moderados de sobrecarga, considerando-a como um fenómeno unidimensional, é preciso considerar as dimensões deste fenómeno e

as variáveis relacionadas com os valores das dimensões identificadas.

Os níveis mais elevados de sobrecarga financeira e de vida pessoal, contracenam com os mais baixos de reações às exigências e satisfação com o papel e com o familiar. Apesar dos resultados obtidos, permite-nos estabelecer com segurança parâmetros comparativos com os estudos realizados por (36-38), onde referem que uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores diz respeito à sobrecarga física provocada pela prática de cuidados, e que cuidar significa a dedicação de longos períodos de tempo ao paciente, somado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos. Para Pereira (39) e Loureiro (23) os cuidadores informais demonstraram níveis elevados de sobrecarga física, emocional e social. A subescala indicativa de maior nível de sobrecarga é a *sobrecarga financeira*, afirmando que a maioria dos cuidadores se encontra satisfeita com a relação de proximidade com a pessoa que recebe cuidados.

Quanto à QV e relação com as dimensões da sobrecarga do CI, é preciso considerar que nos domínios da Qualidade de Vida, o valor mais elevado verificou-se no físico sendo o mais baixo o Domínio Relações Sociais. Quanto aos valores de qualidade de vida global e satisfação com a saúde, apresentaram valores baixos. As relações mais fortes verificaram-se entre os domínios psicológico e Sobrecarga Emocional e Vida Pessoal e domínio das relações sociais e o suporte familiar.

Corroboram os dados deste estudo, os resultados das pesquisas de Martins et al. (7) e Amendola et al. (14), onde verificaram que a maior sobrecarga física dos cuidadores implicava insatisfação com a QV e que,

## CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos, pode-se Neste estudo encontrámos relações significativas entre a elevada sobrecarga financeira e de vida pessoal dos CI, bem como, com a sobrecarga emocional apresentada nos indivíduos viúvos. Os níveis de sobrecarga também aumentaram nos indivíduos mais idosos, e estiveram relacionados com a sua classe social.

indivíduos mais sobrecarregados pela tarefa de cuidar apresentavam diminuição na perceção da sua qualidade de vida.

O estado de satisfação global com a QV, é de considerar sempre no momento de avaliar os CI, pelo que, o cuidador é levado a não prestar atenção às suas próprias necessidades pessoais (7). Da mesma forma, Martins et al. (7) e Cerqueira et al. (25), nos seus estudos referem que a sobrecarga nas suas diversas dimensões acaba por afetar a Qualidade de Vida do cuidador.

Quanto ao nível socioeconómico/classe social dos CI, corroboram os dados deste estudo, os resultados encontrados por Marques (38) e Roig et al. (40), onde referem que um baixo rendimento familiar, acrescido de condições habitacionais precárias influenciam os níveis de sobrecarga do cuidador.

Pinto (11) no seu estudo sobre a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, concluiu que a maioria eram cuidadoras que residiam com o idoso, casadas e somam as atividades do cuidar às domésticas, gerando acúmulo de trabalho e sobrecarga nos domínios: social, físico, emocional, espiritual, contribuindo para o auto descuido e comprometimento da saúde global, em que, pelo facto do CI ser do sexo feminino influencia negativamente a sua QV. Vários estudos (7,33,41-43) evidenciaram que o bem-estar do cuidador é bastante influenciado pela saúde e bem-estar da pessoa alvo dos seus cuidados e que o grau de dependência do idoso é um fator preditivo da sobrecarga do CI.

Cardoso (44) refere no seu estudo que a *Sobrecarga emocional* parece ser a componente com maior impacto na qualidade de vida dos familiares cuidadores.

Realçamos ainda que os CI que reportaram pior QV, são os que cuidam mais horas diárias do paciente idoso e, que realizam esta tarefa há mais anos, com elevados níveis nos domínios psicológico e relações sociais.

Neste estudo percebe-se quão difícil e complexo são as questões que envolvem esta problemática dos cuidados ao idoso na assistência domiciliar e com isso a grandeza do desafio a ser enfrentado em Portugal. A procura de artigos referentes a idosos e seus

familiares cuidadores foi difícil dado à restrição verificada em idosos com demência e outras patologias o que reconhecemos poder afetar de modo mais intenso os cuidadores informais, se comparados com pacientes idosos com outras patologias.

Portanto, é fundamental planejar e implementar programas e políticas de assistência domiciliar e de apoio aos cuidadores familiares, promovendo um envelhecimento mais ativo, adequar os cuidados de assistência às necessidades dos idosos, orientar tecnicamente os prestadores dos cuidados e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores das pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

- (1) AZEREDO, Z. Cuidados continuados no domicílio: Cuidar o utente no seu habitat. Lisboa: Instituto São João de Deus. **Hospitalidade**, v. 73, n. 284, p. 25-28, 2009.
- (2) GALVÃO, C. O envelhecimento e cuidados geriátricos em medicina familiar. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, n.22: p. 729-30, 2006.
- (3) FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Home care for the elderly: problem or solution? **Cad. Saúde Pública**, v.20,n.4,p.986-994, 2004.
- (4) KARSCH, U.M. Dependent seniors: families and caregivers. **Cad. Saúde Pública**, v.19,n.3, p.861-866, 2003.
- (5) GRELHA, P. **Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2009.
- (6) KINSELLA, K.; TAEUBER, C. M. An Aging World II. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 1992
- (7) MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4,n.1, p.131-148,2003.
- (8) JANI-LE BRIS, H. Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias, Conselho Económico e Social,1994.
- (9) AZEVEDO, G.R.; SANTOS, V.L.C.G. Cuida-Dor (D)eficiente: As representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev Latino-am. Enfermagem** v.14, n.5, setembro-outubro, 2006.
- (10) CANAVARRO, M.C.; SERRA, A.V.; SIMÕES, M. R. WHOQOL-BREF. *Informação disponibilizada pelos autores do instrumento*. In: PEREIRA, M.; GAMEIRO, S.; QUARTILHO, M.J.; RIJO, D.; CARONA, C.; PAREDES, T. Qualidade de Vida. Retirado em Março 28, 2009, de <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>.
- (11) PINTO, M.F.; BARBOSA, D.A.; FERRETI, C.E.L.; SOUZA, L.F.; FRAM, D.S.; BELASCO, A.G.S. Quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's disease. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.5, p.652-657, 2009.
- (12) MCDANIEL, K. R.; ALLEN, D.G. Working and Care-giving: The Impact on Caregiver Stress, Family-Work Conflict, and Burnout. **Journal of Life Care Planning**, v. 10, n.4, p.21-32, 2012.
- (13) WAKUI, T.; SAITO, T.; AGREE, E. M.; KAI, I. Effects of home, outside leisure, social, and peer activity on psychological health among Japanese family caregivers. **Aging & Mental Health**, v. 16, n. 4, p. 500–506, 2012.
- (14) AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da

- família. **Texto contexto Enferm**, v.17,n.2,p.266-272,2008.
- (15) GEORGE, L.K.;GWYTHYER,L.P. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist**, n.26, p.253-259, 1986.
- (16) ROTH, D. L.; PERKINS, M. WADLEY, V. G.; TEMPLE, E.M.; HALEY, W.E. Family Caregiving and Emotional Strain: Associations with Quality of Life in a Large National Sample of Middle-Aged and Older Adults. **Qual Life Res**, v.18, n.6, p.679–688, 2009.
- (17) SATTAR, A.; IMRAN, N.; BHATTI, M.R.; HAIDER I. I.; AZHAR, L.;OMAR, A. Caring for the Caregivers: Mental Health, Family Burden and Quality of Life of Caregivers of Patients with Mental Illness. **Journal of Pakistan Psychiatry Society**, v. 7, n. 1, p.23, 2010.
- (18) SCHULTZ, R.; MARTIRE, L.M.; KLINGER, J.N. Evidence-based caregiver interventions in geriatric psychiatry. **Psychiatrics Clinics of North America**, v.28, n. 210, p.1007-1038. 2005.
- (19) LAGE, I. Cuidados familiares a idosos. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. (Eds). **Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados**. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 203-229.
- (20) PETRONILHO, F. A.S. A Transição da Família para o exercício do Papel de Cuidadora. 2008. **Revisão Sistemática de Literatura**. Universidade de Lisboa, Lisboa. 2008.
- (21) LAGE, I. Questões de género e cuidados familiares a idosos. **Nursing**, v.217, p.40-43, 2007.
- (22) ANDRADE, F.M.M.**O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Dissertação (Mestrado em Educação). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Minho. 2009.
- (23) LOUREIRO, N. V. **A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto. 2008.
- (24) HAYDEN, J.; PATRICK, J. Neuroticism, coping strategies, and negative well-being among caregivers. **Psychology and Aging**, v.14,n.2, p.273-283,1999.
- (25) CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N. I. L. A Support Program for Caregivers: A Therapeutic and Preventive Action in the Health Care of the Elderly. **Psicologia**, v.13, n. 1, 2002.
- (26) MARTINS,T.; RIBEIRO,J.L.P.; GARRET, C. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. **Referencia**,v. 11,p.17-31, 2004.
- (27) BRITO, M.E.C. **Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade Ciências da Comunicação. Universidade Aberta. Lisboa.2003.
- (28) MARTÍN, I.; PAÚL, C.; RONCON, J. Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.1, n.1,p. 3-9,2000.
- (29) PAUL,C.;Fonseca, A. M.;Martin, I.; Amado, J. Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: PAÚL,C.; FONSECA, A. (Eds). **Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados**. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 77-95.
- (30) REBELO, Â. A. Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. **Geriatrics**. v. 9, n. 81,1996.
- (31) RODRIGUEZ, B. E. Cuidadores Informales: necesidades y ayudas. **Revista de Enfermería**, v. 24. N. 3, 2001.
- (32) SIMÕES, I. M. F. **O acidente vascular cerebral na família: dificuldades e mecanismos de compensação da mulher no cuidado informal**. Dissertação (Mestrado em Família e Sistemas Sociais).Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2003.
- (33) SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. 2010.
- (34) FERNANDES, M.G.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista da**

- Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.4, p.818-24, 2009.
- (35) FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Imepsi, 2007.
- (36) RAINBOW, M. W.; HAUSER, J. M.; ADAMS, J. Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. **The Journal of the American Medical Association**, v. 291, n.4, p.483-491, 2004.
- (37) SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA. **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar. 2004.
- (38) MARQUES, S.C. **Os Cuidadores Informais de doentes com AVC**. Coimbra: Formação e Saúde, Lda. 2007.
- (39) PEREIRA, M. **Cuidadores de doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia**. In: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Porto, 2007.
- (40) ROIG, M.V.; ABENGÓZAR, M.C.;SERRA, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. **Anales de Psicología**,v. 14, n.2, p. 215-227,1998.
- (41) MEHTA, K.K. Stress among family caregivers of older persons in Singapore. **Journal Cross-Cultural Gerontology**, v.20, p. 319-334, 2005.
- (42) ANDRÉN,S.;ELMSTÅHL,S. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: Development and effect after 6 and 12 months. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.22, n.1, p.98-108, 2008.
- (43) NAVAIE,W.M.; FELDMAN,P.H.; GOULD,D.A.; LEVINE,C.; KUERBIS, A.N.; DONELAN, K.When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. **Research and Practice**, v.92, n.3, p. 409-413, 2002.
- (44) CARDOSO,M. J. S. P.O. **Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2011.

*Enviado: 13/10/2013*

*Revisado: 14/09/2015*

*Aceito: 31/05/2017*