

**Isa Andreia Canelas Costa**

***Burnout* e Qualidade de Vida em prestadores de  
cuidados informais**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS**

**PORTO, 2009**

**Isa Andreia Canelas Costa**

***Burnout* e Qualidade de Vida em prestadores de  
cuidados informais**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS**

**PORTO, 2009**

***Burnout* e Qualidade de Vida em prestadores de  
cuidados informais**

---

**Isa Costa**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pela Professora Doutora Isabel Silva, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

## RESUMO

O principal objectivo do presente trabalho é analisar os indicadores de *Burnout* e de QdV em prestadores de cuidados a doentes acamados. Participaram 74 cuidadores informais de idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 24 e 86 anos. Preencheram o *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)* e o *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)*. Os principais resultados descritivos permitem sublinhar valores baixos de QdV e de *Burnout*, nomeadamente ao nível psicológico, social e com visíveis repercussões na vida pessoal, o que indicia um desgaste social e psicológico no exercício da sua actividade. Os resultados correlacionais mostram relações significativas negativas entre o *Burnout* e a QdV. Os resultados de diferenças de médias mostraram também variações no *Burnout* e na QdV quando as variáveis sexo, estado civil, diagnóstico de doença e padrão de sono, são consideradas.

## ABSTRACT

The aim of this study is analyze the Quality of Life and Burnout among caregivers. Seventy four, both gender, informal caregivers participated at this study, with ages between 24 and 86. They filled in the *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)* and the *Informal Caregiver's Evaluation Overload Questionnaire (QASCI)*. The results showed a correlation between Quality of Life and Burnout in this sample. They also showed variances in Quality of Life and Burnout, when gender, marital status, disease diagnose, and sleep pattern are considered.

## RÉSUMÉ

Le principal objectif de ce travail est analysé les indicateurs de Burnout et de Qdv en prestation de soins aux malades alité. On participé 74 soigneurs informaux d' âgés, du même sexe, l'âge entre les 24 et 86 ans. Ils ont rempli le *World Health Organization Quality of life Instrument (WHOQOL- bref)* et le *Questionair d' avaluation de la surcharge du soigneur informal (QASCI)*. Les principaux resultats descriptifs ont permi subliné des valeurs bas de Qdv et du *Burnout*, particulièrement à um niveaux psychologique, social et avec des visibles répercussions dune vie personnel, qui donnent des indices d'une usure social e psychologique dans l'exercice de sa activité. Les resultats rapportés montrent des relations significatifs negative entre le *Burnout* et la QdV. Les resultats des diferentes moyennes montrent aussi des variations en *Burnout* et en QdV quand les variables sexe, état civil, diagnostique de la maladie et du modèle de sommeil, sont consideré.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre me proporcionaram ao longo de toda a vida... pela educação, valores e princípios que sempre me inculcaram e que tanto eu valorizo...

Um agradecimento especial á minha irmã e cunhado que sempre estiveram presentes em todos os momentos difíceis e quando o desânimo, a nostalgia, o desespero, o nervosismo, a ansiedade perduravam, tiveram sempre uma palavra carinhosa, confortante para me acalmar. Lembro também os meus amigos, Daniela, Fátima, Hortense, Isabel e Gil, e tantos outros que me ajudaram neste árduo percurso académico.

O meu agradecimento, á minha orientadora Professora Doutora Isabel Silva, pelos seus ensinamentos, dedicação, disponibilidade, paciência, exigência e compreensão que sempre me dirigiu, para além de um ouvir atento e preocupado.

Deixo também um merecido agradecimento á Sub-Região de Saúde de Vila Real, aos Centros de Saúde por este organismo tutelado, às Enfermeiras Chefes, e às equipas de Enfermagem de Visitação Domiciliária.

E a todos aqueles que directa ou indirectamente estiveram envolvidos na elaboração desta Tese de Dissertação de Mestrado...

A todos eles, o meu muito obrigado



## Índice de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Aspectos básicos que caracterizam a <i>síndrome de burnout</i> .....     | 50 |
| Figura 2. Estratégias de <i>coping</i> (Adaptado de Lazarus & Folkman, 1984) ..... | 54 |

## Índice de Quadros

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - As Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico .....                                 | 15 |
| Quadro 2 - As Teorias do Envelhecimento Psicossocial.....                                      | 19 |
| Quadro 3 - Perfil dos cuidadores de cuidados informais.....                                    | 41 |
| Quadro 4 - As estratégias de <i>Coping</i> .....   | 55 |
| Quadro 5 - Caracterização Sócio-Demográfica dos Cuidadores.....                                | 67 |
| Quadro 6 -Caracterização Clínica dos Cuidadores.....   | 68 |
| Quadro 7 - Resultados descritivos do WHOQOL-bref .....   | 74 |
| Quadro 8 - Resultados descritivos do QASCI.....  | 74 |
| Quadro 9 - Análises correlacionais entre a QdV e o <i>Burnout</i> .....                        | 75 |
| Quadro 10 - Análises correlacionais da QdV e Idade .....                                       | 76 |
| Quadro 11 - Análises correlacionais do <i>Burnout</i> e Idade.....                             | 76 |
| Quadro 12 - Análises correlacionais da QdV e escolaridade .....                                | 77 |
| Quadro 13 - Análises correlacionais do <i>Burnout</i> e escolaridade.....                      | 77 |
| Quadro 14 - Preditores da QdV .....  | 79 |
| Quadro 15 - Preditores do <i>Burnout</i> .....   | 80 |
| Quadro 16 - Diferenças nas médias da QdV em função do género .....                             | 81 |
| Quadro 17 - Diferenças nas médias do <i>Burnout</i> em função do género .....                  | 81 |
| Quadro 18 - Diferenças nas médias da QdV em função do estado civil .....                       | 82 |
| Quadro 19 - Diferenças nas médias do <i>Burnout</i> em função do estado civil .....            | 82 |
| Quadro 20 - Diferenças nas médias da QdV em função do diagnóstico de saúde                     | 83 |
| Quadro 21 - Diferenças nas médias do <i>Burnout</i> em função do diagnóstico de<br>saúde ..... | 83 |
| Quadro 22 - Diferenças nas médias da QdV em função do padrão de sono .....                     | 84 |
| Quadro 23 - Diferenças nas médias do <i>Burnout</i> em função do padrão de sono ...            | 84 |

## **Índice de Abreviaturas**

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

*WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Instrument*

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE -Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

QI – Quociente de Inteligência

DSM-IV-TR - *American Psychiatric Association*

*GDS -Geriatric Depression Scale*

*MADRS - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*

*NAOSH - National Authority for Occupational Safety and Health*

*SPSS - Statistical Package for Social Sciences*

SNS -Sistema Nervoso Simpático

SNP - Sistema Nervoso Periférico

OMS – Organização Mundial de Saúde

## **INTRODUÇÃO**

Envelhecer, faz parte do desenvolvimento de todo o Ser Humano. Todavia, acarreta consigo, por diversas vezes, a necessidade de dependência de outras pessoas. Isto porque, existem limitações efectivas ao nível físico, psicológico e mesmo emocional, que não permitem ao idoso usufruir de uma funcionalidade plena.

Neste contexto, ressalta-se o papel do prestador de cuidados, ou cuidador, como o agente principal que poderá propiciar o auxílio e a ajuda ao idoso. Este apoio não se circunscreve somente às necessidades físicas e biológicas do idoso, mas também às suas necessidades emocionais, psicológicas, sociais, recreativas, entre outras.

O prestador de cuidados informais, assume assim uma responsabilidade ética, moral, social e comunitária, bem como uma responsabilidade perante o próprio idoso. Este prestador, sendo ou não formalmente designado, poderá ou não ser familiar do idoso cuidado mas, ao existir uma consanguinidade com o idoso, o seu papel torna-se ainda mais árduo e complexo.

Os diversos estudos que se debruçam sobre o cuidador e a sua actividade são escassos em Portugal e os existentes focalizam-se na sobrecarga psicológica, emocional e física do desempenho da função. Foi, nesta constatação que surgiu a presente investigação, que procura acrescentar uma mais-valia nos estudos sobre estes agentes de cuidados informais. Procura-se, assim, averiguar a relação entre o *Burnout* (entendido como o desgaste físico, psicológico e emocional) e a Qualidade e Vida (QdV) percebida pelos cuidadores informais de doentes acamados.

Sem dúvida que a percepção de QdV acarreta, em si, uma avaliação objectiva que se prende com os aspectos estruturais e mensuráveis da situação, mas transporta igualmente consigo uma dimensão mais subjectiva, que se prende com o sentimento, a

emoção e a forma como o indivíduo integra a sua actividade, enquanto vivência, num todo estrutural, que é a sua vida.

Por outro lado, pelo facto da sua actividade acarretar uma panóplia de responsabilidades e, por conseguinte, ser uma fonte de exigência diária funcional, o cuidador de idosos poderá vivenciar períodos de *stress* perante os quais poderá, ou não, encontrar as estratégias de confronto mais adequadas. Se, eventualmente, este cuidador não encontrar estratégias funcionais, o desfecho é previsível: o desgaste será a consequência.

As formas de análise e de averiguação deste desgaste são diversas, pois os sintomas poderão igualmente ser diferentes de indivíduo para indivíduo, pois cada qual possuirá forma diferenciadas de pensar, agir e sentir nas diversas situações em que se insere.

Atendendo então ao facto de serem poucos os estudos em Portugal sobre a QdV e o *Burnout* em cuidadores informais e devido, também, à pertinência do tema (decorrente do envelhecimento da população e consequente necessidade de existirem, cada vez mais, cuidadores), surge o presente trabalho que procura não só averiguar a relação entre estes dois construtos, como também posicioná-los em função de um conjunto de variáveis como o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil, a percepção da saúde, o regime de tratamento e o padrão de sono de cuidadores informais.

Nesta linha, o presente trabalho de investigação integra três capítulos. No primeiro capítulo, abordamos a temática do envelhecimento e os aspectos funcionais e estruturais que o revestem.

O segundo capítulo aborda os aspectos relacionados com o cuidar e o cuidador e a sua focalização para os conceitos de QdV e de *Burnout*, no seio destes agentes prestadores de serviços.

O terceiro capítulo integra o estudo empírico conduzido, pelo que se apresentam os principais objectivos e variáveis estudadas, a caracterização sócio-demográfica dos cuidadores que participaram na investigação, a descrição dos instrumentos utilizados na recolha das informações e o procedimento utilizado na sua aplicação. Em seguida, apresentam-se os principais resultados descritivos (médias e desvios padrões), os resultados correlacionais com recurso ao  $r$  de Pearson, os resultados de regressão linear multivariada e, os resultados diferenciais com a utilização de dois testes não paramétricos. Posteriormente, são discutidos os resultados encontrados à luz da revisão bibliográfica realizada e são apresentadas as principais conclusões do presente estudo, nas quais se focalizam os aspectos limitativos desta investigação, como ponto de partida para futuras investigações.

## **CAPÍTULO I - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

*É preciso ter sorte para viver mais de cem anos e poder conhecer o grande poder potencial do espírito humano.*

*Emídio Guerreiro*

### **1.1. O Envelhecimento da População**

Quando se fala de envelhecimento é imprescindível abordar a questão demográfica. Todavia, importa referir que existem dois tipos de envelhecimento: o de base, que se caracteriza por uma diminuição da percentagem de crianças e de jovens e o do topo, no qual se verifica um aumento significativo do número de idosos (Oliveira, 2005).

Actualmente, na sociedade portuguesa, verifica-se um aumento da população com uma faixa etária superior a 65 anos de idade. Várias são as causas que justificam esta realidade, como a melhoria da saúde pública (educação para a saúde; promoção da saúde), condições sociais, de nutrição e os avanços da Medicina preventiva e curativa. Por conseguinte, verifica-se ainda uma diminuição da taxa de natalidade (Figueiredo, 2007, p. 29).

No entanto, o aumento da população idosa não se deve ao aumento da duração média de vida, mas ao desequilíbrio verificado na base da pirâmide, que tem diminuído drasticamente devido aos novos valores familiares, tais como: meios de controlo de natalidade, exigências do mundo do trabalho e ao casamento tardio, o que provoca um menor número de nascidos e um maior número de óbitos. Portanto, conclui-se que, devido a estes factores, não existe renovação de gerações. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990, cit. por Figueiredo, 2007) a expectativa de vida a nível mundial era de 66 anos e passará, em 2025, para 73 anos.

A realidade portuguesa mostra, nomeadamente entre 1960 e 2000, a duplicação da população idosa, passando de 8% (destes, 33% tinham uma idade igual ou superior a 75 anos) para 16,4%, no ano de 2000 (Fonseca, 2004). Significa em números brutos, que mais de um milhão e meio de portugueses já ultrapassaram os 65 anos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002, 2003), os resultados definitivos dos Censos de 2001 e disponibilizados no dia 21 de Outubro de 2002, consideram que a população residente em Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, era de 1 693 493, ou seja, 16,4%. Em 2020 e 2025 os idosos podem atingir cerca de 18% da população, enquanto a população jovem andarà pelos 16% (Oliveira, 2005).

Perante o exposto, podemos inferir que o século XXI será, certamente, o século dos idosos no mundo ocidental. As Nações Unidas, declararam o ano de 1999, ao findar do século XX e do 2º milénio, como o ano dos idosos, sob o lema “construir uma sociedade para todas as idades” (Oliveira, 2005).

O Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) consideram que a população é idosa quando os indivíduos atingem idade igual ou superior a 65 anos (Mota Pinto, 2001).

O envelhecimento pode ser interpretado como uma “revolução”, mas também como tendo características positivas como: a sabedoria, a maturidade emocional, a capacidade, estratégias pró-activas capazes de dar maior significado à vida. O desenvolvimento efectua-se durante toda a vida, com perdas e ganhos, crescendo o adulto e o idoso, cada vez mais, em sabedoria (Oliveira, 2005).

Relacionado com o envelhecimento, surgem os conceitos de “gerontologia” e “geriatria”, que a seguir se clarificam. Assim, a Gerontologia, do grego *geros*, *gerontos* (velho), designa o estudo do processo do envelhecimento sob todos os aspectos; é a

ciência que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos, do homem em todos os seus aspectos: biológicos, psicológicos, sócio-económicos e culturais. Por sua vez, a Geriatria designa o sentido estrito do termo, i.e., os cuidados a prestar aos idosos. É tida como uma disciplina do ramo da Medicina que tem por objectivo tratar dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença nos idosos (Charazac, 2004).

Segundo Berguer e Mailloux-Poirier (1995), o termo *Gerontologia* foi utilizado, pela primeira vez, em 1901, por Nicolas Zay, que o definiu como uma realidade globalizante muito complexa. A Gerontologia abarca quatro aspectos distintos, que estão em constante interação na vida dos idosos:

- a) Envelhecimento físico - caracterizado por uma perda progressiva da capacidade do corpo em se renovar;
- b) Envelhecimento psicológico – refere-se ao processo em que ocorrem transformações a nível sensorial, perceptual, cognitivo e da própria vida afectiva do indivíduo;
- c) Envelhecimento comportamental – no qual ocorrem modificações físicas e psicológicas, enquadradas num determinado meio, com reagrupamento das suas aptidões, as suas expectativas, as suas motivações, a sua auto-imagem, os seus papéis sociais, personalidade e adaptação;
- d) Contexto social do envelhecimento - existe uma certa influência que é exercida entre o indivíduo e a sociedade de uma forma mútua. Neste aspecto são englobadas: a saúde, o rendimento económico, o trabalho, o lazer, a família, entre outros.

A Gerontologia, é considerada uma ciência recente, que estuda a vivência de pessoas (independentemente do sexo) em processo de envelhecimento, interessando-se, de igual modo, por indivíduos doentes ou sãos. No entanto, não deixa de ser uma

ciência considerada imprecisa, cujo campo de investigação é tido como imenso. (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

Por ser de grande abrangência, a Ciência Gerontológica consegue abarcar todos os elementos a nível cultural, bem como da vida do ser humano em sociedade (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

A Geriatria é uma vertente da Gerontologia que focaliza nos cuidados especializados e individuais que o idoso pode ter, promovendo a autonomia do mesmo (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995). Dai que haja uma interdisciplinaridade com outras áreas do saber, como sendo as Ciências Políticas, a Psicologia, a Sociologia, entre outras.

Nesta linha de pensamento, a Geriatria é a disciplina que descreve o tratamento médico, apropriado à velhice e às doenças do envelhecimento, e fornece medidas de prevenção inerentes à idade avançada da vida, enquanto a Gerontologia define o processo de envelhecimento sobre todos os aspectos. Esta última situa-se no ponto de encontro de várias disciplinas e permite uma visão mais global do fenómeno da velhice (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

O interesse pelo envelhecimento em geral e pelo idoso em particular tem vindo a crescer ao longo dos tempos. Até 1600, os idosos foram considerados como uma classe inútil e ignorados. Após este período, a sociedade começou a interessar-se por esta classe particular, uma vez que os novos métodos da Medicina conseguiram promover uma maior longevidade e, conseqüentemente, um acréscimo do número de idosos constantes e presentes na sociedade. Só por volta de 1950 é que a Gerontologia começa a ser reconhecida, como o é actualmente (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

Quando estamos perante a análise do envelhecimento e do idoso, o prestador de cuidados surge como um “actor” principal, que merece um foco de atenção privilegiado. O recurso ao prestador de cuidados acontece pela incapacidade (física, psicológica, emocional, entre outras) que o idoso tem em concretizar as tarefas quotidianas. Por conseguinte, estes prestadores de cuidados podem ser tidos como *cuidadores de Gerontologia* e, os cuidados que eles prestam, serão então, *cuidados gerontológicos* (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

Os cuidados gerontológicos processam-se com base nos conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, para que se verifique uma sequência lógica na prestação dos mesmos, bem como na identificação dos serviços que podem ser o recurso na ajuda e desenvolvimento daqueles (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).

Nesta linha, Berguer e Mailloux-Poirier (1995, p. 5), baseados na abordagem de Gunter, propõem os seguintes princípios aos cuidadores de Gerontologia:

- a) Os idosos são um grupo heterogéneo de pessoas, cada qual com o seu estilo de vida diferente e necessidades muito próprias;
- b) Os idosos devem ter a oportunidade de escolher o sítio e as pessoas com quem querem co-habitar;
- c) Grande parte dos idosos, são pessoas conscientes, orientadas e saudáveis;
- d) A maior parte ainda se considera um membro activo da sociedade, e desempenha papéis sociais que justificam esta mesma atitude;
- e) O facto de uma pessoa apresentar uma maior idade não é sinónimo de que não tem potencial;

- f) As necessidades dos idosos variam no sentido de, dentro deste grupo, existirem “jovens idosos” (idosos que nutrem de uma mentalidade jovem) e “velhos idosos” (aqueles que se sentem com uma mentalidade menos jovem);
- g) A manutenção da autonomia da pessoa idosa é mais associada a factores económicos, sociais e familiares do que propriamente a factores profissionais.

Assim sendo, segundo os mesmo autores, os cuidadores de Gerontologia deverão encontrar-se sensibilizados para:

- a) Ajudar a pessoa idosa a compreender o processo natural do envelhecimento, bem como fazer a distinção do que é normal e do que é considerado patológico;
- b) Ajudar a que a pessoa em questão potencie uma capacidade suficiente para controlar o seu próprio processo de envelhecimento, assim como promover comportamentos e acções, visando uma melhor qualidade de vida e saúde, conservação de energia;
- c) Ajudar o idoso a conformar-se com o seu estado, ajudando-o a solucionar os problemas inerentes e associados ao envelhecer natural do ser humano.

## **1.2. Definição de Terceira Idade, Velhice e Envelhecimento**

Como já se referiu, a terceira idade tem como limite inferior os 65 anos, quer para o sexo masculino, quer para o sexo feminino (Paúl, 1997).

Segundo Paúl (1997), a velhice é um processo subjectivo e idiossincrático (cada pessoa constrói e vive a velhice de forma diferente), mas, ao mesmo tempo, dialogante e relacional (toda a nossa vida é feita com e entre outros independentemente da idade) através do qual uma pessoa atinge “mais idade”. Dai que o autor refira que a “velhice é

o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado, de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens” (p. 26).

O envelhecimento é considerado um processo contínuo, podendo no entanto observar-se uma evolução mais rápida, ou pelo menos mais notória nas últimas fases da vida do homem (Neri, 2001).

Existem vários critérios para definir a idade, seja ela biológica, cronológica ou funcional. Do ponto de vista biológico, não se pode afirmar que a velhice começa aos 65 anos, porque o processo de envelhecimento depende de factores hereditários, do ambiente, do regime alimentar e do estilo de vida, entre outros (Saldanha & Caldas, 2004).

Segundo Fontaine (2000), atendendo ao critério da *idade cronológica*, existem três grupos de idosos: (i) o “velho jovem”, (ii) o “velho velho” e (iii) o “velho de idade avançada”. O “velho jovem” tem uma idade compreendida entre os 65 anos e os 74 anos, o “velho velho” tem uma idade compreendida entre os 75 e os 85 anos e o “velho de idade avançada” tem uma idade igual ou superior a 85 anos. Neste último grupo, inserem-se os velhos mais débeis, frágeis, doentes e com dificuldade de realizar as actividades do dia-a-dia. A classificação mais importante é aquela que é feita em função da *idade funcional* (i.e., em função da funcionalidade do indivíduo) e não da idade cronológica. Por exemplo, uma pessoa que tenha 90 anos e que tenha boa saúde pode ser funcionalmente mais jovem do que uma pessoa com 65 anos e que não tenha boa saúde, por isso alguns gerontólogos preferem empregar o termo “velho jovem” para a maioria dos velhos saudáveis e activos (Fontaine, 2000). A *idade psicológica* está relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, e de aprendizagem.

A combinação da idade cronológica com a idade biológica resulta, muitas vezes, de um total estado de debilitação, de um conjunto de enfermidades do indivíduo, conjuntamente com factores ambientais e sócio-económicos, que contribuem para um agravamento holístico do indivíduo (Imaginário, 2002).

### **1.3. O Envelhecimento Humano como processo**

Poder-se-á afirmar que não existe uma definição universal sobre o que é o envelhecimento. Sabe-se, contudo, que é um processo biológico universal. Na perspectiva de Berguer e Mailloux-Poirier (1995), “o envelhecimento humano é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo de actividade genética” (p. 99).

Actualmente, o envelhecimento humano é caracterizado a nível social, como sendo uma fase do ciclo vital, na qual o indivíduo terá que se adaptar novamente a um novo estado físico, psíquico e social, ou seja, o indivíduo terá que ter presente a sua nova realidade de vida em que estarão em foco as suas perdas e mudanças biológicas, que, por sua vez, influenciarão o seu valor perante a sociedade (Hernandez, Egea, & Ballesteros, 2004; Imaginário, 2002).

Reconhece-se, ao longo dos tempos, um conjunto de esforços que visam medir exactamente o grau de envelhecimento de uma pessoa, que acarreta uma outra dificuldade: o desafio de estabelecer as fronteiras entre a saúde e a doença no envelhecimento. Canguilhem (1978, cit. por Groisman, 2002) adverte-nos que, talvez a nossa sociedade tenda a confundir a saúde com a juventude. No caso do envelhecimento, há indícios de que vivemos uma grande contradição: por um lado, ele

parece ter sido concebido como uma espécie de doença, pois é medido justamente pelo grau de degeneração que causa ao organismo e, por outro lado, a Geriatria e a Gerontologia parecem estar a todo momento a negar este aspecto, afirmando que o envelhecimento é uma fase normal da vida.

Ao longo do século XIX, um pequeno grupo de médicos franceses começou a modificar a visão tradicional sobre o envelhecimento. Estes investigadores, entre os quais figuram nomes como Bichat, Broussais, Charcot e Louis, propuseram uma nova maneira de compreender o envelhecimento e, portanto, de tratar os pacientes idosos (cit. por Groisman, 2002). Utilizando novas técnicas e teorias, o envelhecimento passaria a ser caracterizado não meramente como o resultado do avanço dos anos ou da diminuição da energia, mas de acordo com as condições fisiológicas e anatómicas singulares que apresentavam, pois a Medicina passou a procurar os sinais da doença na superfície do corpo, o que significou um rompimento com o modelo secular da prática médica, que via a doença como o produto da relação do indivíduo com as forças cósmicas ou divinas.

Neste novo modelo de concepção de envelhecimento, o corpo tornou-se um sistema de significados. Ao voltar o olhar para as superfícies do corpo, o discurso sobre a senescência tratava de diferenciar o corpo envelhecido, reconhecendo sinais que o tornariam distinto do corpo jovem. Consequentemente, a vida dos tecidos seria a própria vida em miniatura. Desta maneira, a doença e a morte não seriam exteriores à vida, mas intrínsecas a ela (Katz, 1996).

Por conseguinte, o processo de envelhecimento, seria um processo de morte, já que haveria uma deterioração dos tecidos. Tal como afirma Katz (1996), a obra de Bichat e daqueles que o seguiram, constituiu uma nova percepção do corpo, que associou o avanço dos anos não apenas a um enfraquecimento ou declínio geral, mas a

condições corporais específicas, inspirando o desenvolvimento de um conhecimento medicalizado baseado na idade.

A partir das pesquisas de Charcot e de autores do mesmo período (Groisman, 2002), começou a ser definida uma base clínica para a senescência. O envelhecimento, como também as doenças, causariam muitas alterações patológicas no sujeito. Nas autópsias realizadas em pessoas idosas, os investigadores repetidamente descobriam evidências de esclerose e de deterioração dos órgãos e tecidos. Paralelamente, quando a Medicina passou a definir e a classificar a doença em termos de modificações nos tecidos, as transformações visíveis do organismo adquiriram novos significados. Só por envelhecer o indivíduo desenvolveria marcas exteriores e lesões internas que seriam os sinais evidentes de danos específicos, mesmo naqueles indivíduos aparentemente saudáveis e activos (Haber, 1986).

Com base nestas constatações, os clínicos franceses olharam o envelhecimento como um estágio distinto e irreversível do ciclo vital. Seria praticamente impossível que o corpo pudesse retornar à sua condição original. Como afirma Haber (1986), a senescência passou a ter a sua própria natureza fisiológica, pelo que foi necessário encontrar padrões apropriados para a avaliação destes grupos etários.

Nota-se, então, que os médicos franceses tinham rejeitado o modelo da energia vital em favor de outro modelo baseado na degeneração dos tecidos. Se, inicialmente, o estado patológico parecia diferir da normalidade apenas em grau, com o trabalho de Bichat e daqueles que o seguiram, o envelhecimento passa a ser visto como um estado patológico qualitativamente diferente e com uma natureza fisiológica própria. Neste processo de reformulação, o envelhecimento vem a ser definido como um estado progressivo, causador de múltiplas modificações fisiológicas (Haber, 1986).

É, em 1939, que as questões relacionadas com o envelhecimento começam a ser abordadas numa visão multidisciplinar, que se mantém até aos dias de hoje.

Neste sentido, envelhecer, significa tornar-se num ser maduro, pleno de experiências, mas conservar esta maturidade, nem sempre é fácil. Alguns idosos apresentam problemas, não tanto pela diminuição das funções cognitivas, mas sobretudo, causados por condições sócio-ambientais (perda de papéis, situações de crise ou de *stress*, doença, fadiga, desenraizamento e outros factores) que dificultam a sua adaptação (Marchand, 2001). Segundo Marchand, muitas das adaptações dos idosos representariam verdadeiras crises, perturbando o seu estilo de vida e afectando a sua auto-estima.

Por conseguinte, de acordo com Berger (1995), a capacidade de adaptação nos idosos existe e, muitas das vezes, os seus objectivos e a sua escala de valores são positivos e revelam o seu desejo de adaptação, o que lhes proporciona um determinado equilíbrio psíquico, na medida em que apela para a sua capacidade de adaptação à sua existência presente e passada e às condições da realidade que o cercam. A adaptação ao envelhecimento parece ser tanto mais fácil e adequada no presente do idoso, quanto melhor e mais adequada ela foi noutras fases da sua vida (Robert, 1994).

Se por um lado, existe uma percentagem de idosos que vive este processo de uma forma menos saudável, a verdade é que o envelhecimento não se caracteriza por uma fase má e negativa do processo. O atingir desta fase madura e serena significa, para muitos dos idosos, um atingir de uma fase construtiva, plena em termos de realizações pessoais, de projectos, planos e sonhos não realizados até então (Berger, 1995).

Pode-se afirmar que as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são vivenciadas de forma particular por cada indivíduo. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história

anterior, da saúde física, do bem-estar sócio-económico e da vivência actual das modificações, das perdas e dos medos, ou seja, das alterações que o idoso sente a nível físico, cognitivo e comportamental/relacional.

Por conseguinte, atendendo à complexidade que caracteriza o processo de envelhecimento, vários são os Modelos e Teorias que foram concebidas para a sua explicação. O Quadro 1 apresenta, sumariamente, as principais Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico.

### **Quadro 1**

#### *As Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico*

| <b>Teoria</b>                             | <b>Principais Pressupostos</b>  |
|---|---|
| <b>Teoria Imunológica</b>                 | O sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo das substâncias estranhas (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).  |
| <b>Teoria Genética</b>                    | O envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese, a puberdade e a maturação (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995). |
| <b>Teoria do Erro da Síntese Proteica</b> | Alterações na molécula do ADN falseiam a informação, levando à formação de proteínas incompetentes (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995; Stuart-Hamilton, 2002).   |
| <b>Teoria do Desgaste</b>                 | O organismo humano deteriora-se com o uso (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995; Spirduso, 2005).   |
| <b>Teoria dos Radicais Livres</b>         | Os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias ou envelhecem as células (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).   |
| <b>Teoria Neuro-Endócrina</b>             | A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).  |

Tal como descrito anteriormente, o envelhecimento é descrito, sob o ponto de vista biológico, como um estágio de degeneração do organismo, que se inicia após o período reprodutivo. Esta degeneração, que está associada à passagem do tempo, implica uma diminuição da capacidade do organismo para sobreviver (Masoro, 1999). Entretanto, o problema começa quando se tenta marcar o início desse processo, ou medir o grau desse envelhecimento/degeneração.

Várias tentativas foram feitas, tal como nos sugere Masoro (1999), para se encontrarem marcadores biológicos, como o tempo de reacção do indivíduo a estímulos, a capacidade máxima de encher os pulmões de ar, entre outros, que pudessem fornecer indicadores válidos sobre a idade real do sujeito. Mas, nenhum destes marcadores se mostrou válido para evidenciar, por si só, a idade biológica do sujeito.

Alguns investigadores, reconhecendo este problema, tentaram desenvolver modelos matemáticos que pudessem integrar diversos marcadores biológicos para possibilitar o cálculo da expectativa de vida do indivíduo, bem como para avaliar a sua idade real (Masoro, 1999). Todavia, as pesquisas realizadas indicaram limitações nos modelos propostos, sobretudo quando testados em estudos longitudinais.

Um dos grandes pontos de complexidade de análise do processo de envelhecimento é o facto de que este começa muito antes de ser notado. Alguns subsistemas fisiológicos deterioram-se lentamente ao longo dos anos, sem que isso seja percebido. Daí que Groisman (2002) refira que existem quatro etapas da consciência perceptiva do processo de envelhecimento: num primeiro momento, o sujeito não tem percepção do seu envelhecimento, num segundo momento, somente ele se apercebe desse envelhecimento, num terceiro os outros também se apercebem e, no último momento, ele não possui mais consciência do curso do envelhecimento.

O envelhecimento afecta o funcionamento físico e a saúde. Os sistemas e os órgãos corporais deterioram-se, tornam-se mais susceptíveis a problemas; os tecidos e as estruturas tendem a tornar-se menos elásticos e menos eficientes, às vezes, levando a disfunções ou distúrbios mais sérios. Contudo, pesquisas mais recentes mostraram que as mudanças fisiológicas na idade avançada são muito variáveis. Muitos dos declínios comumente associados ao envelhecimento podem, na verdade, ser mais efeitos do que causas de doenças (Papalia & Olds, 2000).

Como o processo de envelhecimento é heterogéneo e universal há, em cada espécie, um ritmo próprio de envelhecer. Ele modifica-se de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, de órgão para órgão (Birren & Schaie, 1997).

Nesta fase de vida e, isto acontece obviamente no seu *continuum* e não de uma forma estática, observam-se algumas modificações corporais generalizadas e outras mais específicas, que podem levar à perda de algumas funções. Das modificações mais gerais, observa-se uma diminuição da massa óssea, atrofia da musculatura esquelética, aumento e redistribuição de gordura, redução da taxa de metabolismo basal, alteração do sistema de regulação de temperatura e diminuição da imunidade celular (Birren & Schaie, 1997).

Ainda na perspectiva de Birren e Schaie (1997), outras modificações mais sistémicas também ocorrem nesta fase. Podem considerar-se as alterações na pele (que se torna mais seca, rugosa, flácida e delgada, esta última devido à diminuição dos melanócitos em número e na sua função); nos ossos, articulações e músculos (que sofrem uma atrofia, desgaste e perda de massa óssea. O crânio perde elasticidade e o cérebro sofre uma diminuição do peso e do volume) e os órgãos sensitivos sofrem uma diminuição do seu desempenho (pela atrofia das papilas gustativas, opacificação do cristalino e diminuição dos receptores olfatórios) (Papalia & Olds, 2000).

Na descrição de Kaplan e Sadock (1990), relativamente ao sistema respiratório, observa-se um aumento do risco de infeções, pela ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica. O sistema digestivo sofre comprometimento devido à fraca mastigação pela falta de dentes e alterações mandibulares. As células das glândulas digestivas também diminuem. No sistema urinário, observa-se uma diminuição do peso e do tamanho dos rins e, dificuldade destes, em excretar ácidos e diminuição da musculatura vesical e da uretra. No sistema endócrino, revela-se uma atrofia das

glândulas da hipófise, da tiróide e das supra-renais. Verifica-se, ainda, uma diminuição da secreção da testosterona e interrupção dos estrogéneos. Observa-se a diminuição da tolerância à glicose e maior resistência à insulina.

Existem várias teorias que são propostas para explicar o processo de envelhecimento, desde as teorias estocásticas até às teorias genéticas, mas nenhuma é completa e explica todas as alterações que ocorrem durante este processo. As mudanças físicas e fisiológicas diferem muito nos indivíduos, pelas suas variações individuais (Birren & Schaie, 1997).

Encarando a perspectiva de Marchand (2001), paralelamente a estas mudanças e perdas normais desta etapa da vida, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde, alguns dos quais estão mais relacionados com a idade madura ou terceira idade. Algumas destas mudanças são a osteoporose, alterações hormonais, doenças cardiovasculares, distúrbios da memória, demências (doença de Alzheimer), depressões e incontinência urinária. Por conseguinte, existem igualmente alguns factores de risco para as doenças, como por exemplo: o stress, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e os hábitos alimentares prejudiciais. A nutrição, os exercícios, o saneamento e a poluição, ajudam a determinar padrões de saúde e de doença. A obesidade, por exemplo, afecta o aparelho circulatório, os rins e o metabolismo, contribuindo para os distúrbios degenerativos (Papalia & Olds, 2000).

O cérebro também sofre mudanças com a idade. Estas mudanças caracterizam-se pela perda e redução das células nervosas que provocam uma diminuição das respostas. Surgem problemas de visão e de audição que podem ser corrigidos (Birren & Schaie, 1997). Com o avançar da idade, o sono torna-se mais fragmentado, menos profundo, com mais interrupções e há maior dificuldade em adormecer, havendo idosos que têm a impressão de que não dormem, ou seja, consideram que o seu sono é insatisfatório. A

perturbação do sono encontra-se associada às perturbações de humor, à ansiedade, à demência, ao *delirium*, à psicose, à perturbação de adaptação e ainda às rupturas normais de vida psíquica causadas por situações stressantes ou causadoras de luto (Rebelo, 2004).

Para além das teorias biológicas do desenvolvimento, ainda encontramos as Teorias do Envelhecimento Psicossocial, que se encontram resumidas no Quadro 2.

## **Quadro 2**

### *As Teorias do Envelhecimento Psicossocial*

---

| <b>Teoria</b>                 | <b>Principais Pressupostos</b>  |
|-------------------------------|---|
| <b>Teoria da Actividade</b>   | Um idoso deve manter-se activo a fim de: obter, na vida, a maior satisfação possível; manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde. O envelhecimento bem sucedido implica a descoberta de novos papéis na vida (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).  |
| <b>Teoria do Afastamento</b>  | Propõe que o afastamento seja considerado natural e espontâneo, reforçando a ideia de que o decréscimo nas interações sociais é inerente ao processo de envelhecimento e, por isso, inevitável. O afastamento é proposto como um pré-requisito funcional para a estabilidade social. A teoria admite que, para manter o equilíbrio, todo sistema social precisa promover o afastamento de seus idosos, daí a ideia de universalidade do processo. A teoria aborda o processo de envelhecimento apenas sob a óptica das exigências e dos requisitos da sociedade, ou seja, o idoso é visto como agente passivo do sistema social (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995). |
| <b>Teoria da Desinserção</b>  | O envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).  |
| <b>Teoria da Continuidade</b> | O idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes, parte da sua personalidade (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).  |
| <b>Teoria da Modernização</b> | O conceito de modernização refere-se ao processo de industrialização que conduz a mudanças estruturais particulares a cada contexto histórico e cultural. O argumento central é que o status dos idosos está directamente ligado ao grau de industrialização da sociedade. Ela define como declínio do status a redução nos papéis de liderança, no poder e na influência, bem como o afastamento do idoso da vida e da sua comunidade. Essa teoria preocupa-se com a exclusão dos idosos (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).   |
| <b>Teoria da subcultura</b>   | Embora esta teoria tenha como fundamento o funcionalismo estrutural, suas proposições também a remetem ao integracionismo simbólico, uma vez que enfatizam que as normas e expectativas de comportamento estabelecem-se com base nas interações sociais (Berguer & Mailloux-Poirier, 1995).   |

---

As teorias que enfatizam o envelhecimento psicossocial albergam os aspectos relacionados com a actividade diária dos idosos, nomeadamente, a redefinição dos seus papéis. São teorias que avaliam igualmente o grau de satisfação com a vida e os aspectos relacionais que revestem este processo (Veeenhoven, 1996). De facto, é com o envelhecimento que o idoso se confronta com ideias/fantasmas sobre o processo da etapa de vida que atravessam e, por conseguinte, podem surgir os receios e temores perante a solidão, o desconhecido e a própria morte (Fernandes, 2002).

Nesta altura também, as perdas que os mesmos vão tendo ao longo da vida acabam por ameaçar a sua integridade, podendo-os levar à depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso (Fernandes, 2002). Todas estas perdas podem ser graduais, quando perante uma doença degenerativa ou podem ser súbitas, i.e., morte, acidente, entre outras. Todas estas perdas que caracterizam o processo de envelhecimento criam uma forte tensão emocional nos idosos, bem como outro tipo de problemas (Paulino, 1991).

Por outro lado, o círculo de amigos também se vai restringindo e poderá ocorrer isolamento se o idoso não possui capacidades de estabelecer mais relacionamentos, quer seja pela restrição espacial ou pela dificuldade que este apresenta de adaptação aos novos valores que revestem a etapa de desenvolvimento onde se encontra (Robert, 1994). O próprio envelhecimento físico poderá constituir uma limitação para o idoso, já que a locomoção, a visão, a audição e a doença física potenciam as suas dificuldades sensoriais, impedindo a disposição para os contactos interpessoais (Paulino, 1991).

Para além destes aspectos, importa referir, pela sua importância, a dimensão económica que se apresenta igualmente como condicionadora da qualidade de vida relacional do idoso. Assim, Paulino (1991) considera que os idosos que possuem poder económico apresentam mais possibilidade de manter e melhorar os seus

relacionamentos interpessoais, pois, economicamente, é-lhes possível sair, viajar, conhecer novas pessoas e adquirirem bens que lhes tragam algum tipo de prazer.

Ao longo do processo de envelhecimento, para além dos aspectos físicos, biológicos e psicossociais, também os aspectos cognitivos sofrem uma modificação. As aptidões cognitivas que sofrem efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo, segundo Spar e La Rue (2005), são a inteligência, as habilidades perceptivo-motoras, a atenção, a linguagem, a memória, o raciocínio, as funções executivas e a velocidade do desempenho cognitivo.

Os estudos realizados por Papalia e Olds (2000), relacionados com o quociente de inteligência (QI), sugerem que não há declínio deste com o aumento da idade. No entanto, a partir dos 60 anos, parece observar-se um declínio na avaliação do QI total, devido ao facto dos testes incluírem muitos itens que requerem velocidade, boa memória a curto prazo e acuidade visual (factores que se podem encontrar comprometidos nesta fase de vida). Entre os indivíduos idosos, aqueles que são mais saudáveis geralmente também apresentam melhor funcionamento intelectual.

A partir da terceira idade, as pessoas podem continuar a adquirir novas informações e habilidades e são capazes de lembrar e usar bem aquelas que já conhecem. Em alguns adultos idosos, a inteligência permanece estável durante a maior parte da vida adulta, enquanto noutras declina, mais cedo, ou mais rapidamente nos últimos anos (Dacey & Travers, 2002).

Diversos investigadores tentaram construir um suporte neuropsicológico que permitisse uma maior compreensão de todos os factores gerais relacionados com a idade, que intervêm na memória e em outras funções cognitivas. Assim, uma das distinções mais citadas ao nível das mudanças cognitivas relacionadas com a idade remete-nos para o conceito de *inteligência fluida* e *inteligência cristalizada* (Horn,

2002). As funções fluidas incluem novas aprendizagens, raciocínio indutivo e rapidez de processamento. O declínio destas funções com a idade está bem documentado (Salthouse, 1992).

As funções cristalizadas que operam na informação previamente adquirida, conhecimento geral e compreensão, tendem a ser preservadas. Por exemplo, Baltes (2001) reviu estudos sobre medidas de sabedoria (“bom julgamento e conselho sobre importantes mas incertos temas de vida”), e não encontrou evidência de fraco desempenho em adultos mais velhos. Relativamente aos sistemas de memória, a distinção entre as funções fluidas e cristalizadas aparece relacionada com a dissociação entre a memória semântica e a episódica, na medida em que estas se encontram comprometidas quando se avalia a memória fluida dos idosos.

Outra área cognitiva que sofre efeitos com o envelhecimento centra-se ao nível das capacidades perceptivas. Em alguns aspectos, há uma certa semelhança entre o desempenho das pessoas idosas e das crianças pequenas. Por exemplo, as pessoas idosas tendem a reagir a algumas ilusões perceptivas da mesma forma que as crianças pequenas (Busse, 2002). Entre os 50 e os 90 anos há um acréscimo acentuado no grau de ilusão e as pessoas mais velhas exibem um desempenho comparável ao de uma criança de 6 ou 7 anos. O declínio na rapidez perceptiva parece estar associado com a maioria dos aspectos de perda da memória, que afecta a eficiência do processamento (Papalia & Olds, 2000).

As habilidades visuo-espaciais apresentam igualmente um declínio, principalmente no reconhecimento e na reprodução de configurações complexas ou não familiares, enquanto o reconhecimento de lugares, caras familiares, a identificação e a reprodução de formas geométricas, poderão ser preservadas (Correia, 1993).

Por outro lado, considera-se também que a atenção é outra aptidão que sofre influência do envelhecimento cognitivo. Assim, a atenção refere-se à focalização sobre uma actividade em particular, em detrimento de actividades concorrentes. Os adultos idosos têm mais dificuldade em repartir a atenção por múltiplas tarefas e em desviar rapidamente a atenção de um tópico para outro (Simões, 2002).

Também a linguagem, entendida como a aptidão para comunicar, poderá sofrer influências do processo de envelhecimento. Na presença de défice sensorial, a linguagem fica comprometida. Os adultos idosos têm mais dificuldade na compreensão de mensagens longas e complexas, bem como na recuperação e produção rápida de termos específicos ou nomes (Simões, 2002, 1990).

Segundo Spar e La Rue (2005), a sintaxe e o conhecimento de palavras poderá apresentar-se estável, mas apresentar variações com o nível de instrução; a fluência e a nomeação sofrem um declínio ligeiro evidenciados, por exemplo, nos lapsos ocasionais em encontrar palavras. O discurso é variável, podendo apresentar-se mais impreciso e repetitivo.

Marchand (2001, 2005) refere ainda que os idosos se queixam da sua falta de memória. Verifica-se que a habilidade de relembrar coisas, por um breve período de tempo, declina com a idade, sobretudo da memória a curto-prazo. Na medida em que o corpo se deteriora em certo sentido, existe também uma consequente deterioração equivalente no desempenho das tarefas que exigem velocidade e boa memória a curto-prazo (Berger, 1995).

Segundo Berger (1995), contudo, não se verificam grandes mudanças na memória a longo-prazo, observando-se que o reconhecimento de velhos amigos e acontecimentos passados não é prejudicado. Não se observa um declínio das estratégias usuais de solução de problemas ou palavras e nem do que foi aprendido.

Spar e La Rue (2005) referem que a memória a curto prazo varia de estável a declínio ligeiro, podendo ser observada em tarefas de dígitos em contagem crescente. A memória de trabalho sofre um declínio ligeiro, apresentando-se na aptidão diminuta para manipular a informação constante na memória a curto prazo. A memória secundária sofre um declínio moderado com o envelhecimento cognitivo, podendo ser observada nos défices de codificação e recuperação. Por sua vez, a memória implícita varia de estável a declínio ligeiro, pois o idoso poderá recordar mais facilmente características incidentais do que a informação processada conscientemente. Ao nível da memória remota os indicadores são variáveis e apresenta-se intacta para aspectos mais importantes da história pessoal.

Paralelamente, pode-se observar que as falhas de memória podem ser decorrentes de outras dificuldades, como sendo guardar a lembrança e depois recuperá-la. Como na memória existe um envolvimento da motivação, atenção e intenção, é muito fácil entender que pessoas que apresentam sintomas de depressão e ansiedade apresentem dificuldades de memória bastante graves, não conseguindo organizar seu dia-a-dia de forma adequada (Barbosa & Ribeiro, 2000).

Por conseguinte, na terceira idade surgem mais dificuldades na realização de certos tipos de raciocínio, principalmente naqueles que requerem uma análise lógica e organizada do material abstracto. O vocabulário e certo tipo de raciocínios, normalmente, mantêm-se bons. Os testes realizados com os idosos nestas variáveis, revelam resultados comparáveis com os dos adultos jovens. Os idosos mostram uma boa informação acumulada e uma habilidade de raciocínio. O tempo necessário de resolução de tarefas é que parece, naturalmente, ser maior (Papalia & Olds, 2000). O desempenho cognitivo dos idosos mostra uma plasticidade considerável, que pode ser beneficiada com algum treino.

No que concerne às funções executivas (i.e., processos cognitivos de controlo e integração destinados à execução de um comportamento dirigido a objectivos, necessitando de sub-componentes como a atenção, programação, planeamento de sequências, inibição de processos, informações concorrentes e monitorização), verifica-se que estas, tanto no envelhecimento normal como patológico, tendem a estar prejudicadas. No envelhecimento normal, as alterações nas funções executivas ocorrem de modo gradual e lento até aos 60 anos, tornando-se mais aceleradas a partir dos 70 anos. Uma possível explicação para esse declínio é o desgaste fisiológico natural dos lobos frontais (Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Também em quadros de défice cognitivo ligeiro e nas demências, as alterações de natureza executiva estão presentes, porém de forma precoce e quantitativamente mais intensa.

Finalmente, as tarefas que exigem rapidez tornam-se difíceis de executar pelos indivíduos idosos. A lentidão afecta os processos perceptuais, mnésicos, cognitivos e as funções motoras (Lima, 2004).

Existem alguns factores que influenciam o envelhecimento cognitivo, como por exemplo, o sexo, a idade, a escolaridade e a existência de um quadro depressivo. Assim sendo, no que concerne ao sexo, verifica-se que em termos cognitivos, na generalidade, não há diferenças entre os dois sexos, no entanto, nas mulheres podem observar-se mais défices nas tarefas espaciais numa idade inferior à dos homens, enquanto estes podem apresentar défices em tarefas verbais, numa idade inferior à das mulheres (Spar & La Rue, 2005).

Por outro lado, Arbuckle, Gold, Andres, Schwartzman e Chaikelson (2002) constataram que ser novo, saudável, ter uma escolaridade superior, ser mais introvertido, mais intelectualmente activo e mais satisfeito com o suporte social, são

factores que predizem um menor declínio intelectual e estão associados a um melhor desempenho ao nível da memória.

Alguns estudos sugeriram que os elevados níveis de educação em conjunto com uma actividade mental contínua, poderiam proteger os indivíduos dos efeitos da idade. A escolaridade parece ser uma variável que explica até 30% da variabilidade cognitiva na terceira idade (Orrell & Sahakian, 2005). Simões (1990), por exemplo, refere que os idosos com melhores níveis de escolaridade são os que menor declínio cognitivo registam e os idosos que se mantêm intelectualmente activos registam menor ou nenhum declínio cognitivo.

Muita da variabilidade encontrada nos estudos sobre a cognição em idosos mostrou ser consequência de factores relacionados com a saúde (Houx, Vreeling, & Jolles, 2001; Perlmutter & Nyquist, 2000).

De acordo com Howieson, Holm, Kaye, Oken e Howieson (2003), muitas das funções cognitivas encontram-se preservadas em idosos saudáveis mais velhos (com idades entre os 84 e os 100 anos) quando comparados com idosos mais novos (com idades entre os 66 e os 74 anos). Todavia Christensen, Hadzi-Pavlovic e Jacomb (2001) discordaram desta ideia e afirmam que apenas a saúde se encontrava apenas francamente relacionada com o declínio cognitivo.

A óbvia relação entre a idade e as mudanças emergentes nas diversas modalidades sensoriais, não são comumente vistas como grandes contribuintes para o envelhecimento cognitivo (Ivy, Petit, & Markus, 2002). Todavia, Lindenberger e Baltes (2004) constataram que a acuidade visual e auditiva, contribuem largamente para a variância observada nas medidas de inteligência, em pessoas muito idosas (entre 70 e 103 anos de idade). Interpretando este resultado, os autores preferiram aceitar a hipótese de que a causa comum que implicava os efeitos negativos nos domínios sensoriais e

cognitivos, poderia reflectir a perda de integridade das funções do cérebro, relacionada com a idade. Todavia, não consideraram a possibilidade deste resultado poder reflectir uma privação sensorial, uma limitação sensorial prolongada que poderia limitar o envolvimento do indivíduo na interacção cognitivamente estimulante com o seu ambiente.

Por conseguinte, apesar do critério mais comumente utilizado para a definição do envelhecimento ser o cronológico (i.e., a idade), ele é apontado, todavia, como arbitrário e falacioso. Isto porque o envelhecimento é vivenciado de forma heterogénea pela população, pois pessoas da mesma idade cronológica podem estar em estágios completamente distintos de envelhecimento. Além disso, o próprio organismo de cada indivíduo envelhece de maneira diferente, quer a nível dos tecidos, dos ossos, quer ao nível dos órgãos, nervos e células (Fonseca, 2004). Masoro (1999) denomina este fenómeno de “quebra-cabeças biológico” (p. 1). Desta forma, o que se pode salientar é que o envelhecimento não parece ser definido pela idade de uma pessoa, mas sim pelos efeitos que essa idade causa em cada organismo.

Bookstein e Achenbaum (1993) reconheceram a dificuldade em se medir o envelhecimento das pessoas. Referem, nessa linha de pensamento, que “nem a idade nem o envelhecimento são observáveis, apenas estimados através de uma consideração conjunta de todas as suas consequências” (p. 28).

Por conseguinte, o papel dos factores genéticos, enquanto modificadores da cognição durante o envelhecimento, foi igualmente estudado (Finkel & McGue, 2003; Helkala et al., 2006).

As perturbações de humor, com maior incidência para a depressão, encontram-se igualmente associadas com o envelhecimento cognitivo (Spar & La Rue, 2005).

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association - APA, 2002) a pessoa com sintomas depressivos, apresenta sintomas como, por exemplo, alterações no apetite e no peso, actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Todavia, a expressão do quadro depressivo poderá se apresentar diversificada. Por exemplo, a depressão mascarada, que é um tipo de depressão mais comum no seio dos idosos, pode ser encoberta por queixas físicas (Spar & La Rue, 2005).

A identificação da perturbação depressiva é particularmente difícil de ser realizada quando ocorre em doentes com queixas somáticas associadas a causas físicas. Os indivíduos idosos com depressão mascarada podem mostrar diferenças consideráveis na sua preocupação hipocondríaca não congruentes com os sintomas físicos que assinalam (Vilalta-Franch, Linàs-Reglà, & López-Pousa, 1998).

Segundo Kivela e Pahakala (1988, cit. por Paúl, 1992) os sintomas da depressão mais comuns, avaliados por clínicos, nos homens e nas mulheres idosas são perturbações do sono, o cansaço, perda de interesse, humor depressivo, perda de actividade, dores, pessimismo e sentimento de inutilidade.

Van't Veer-Tazelaar et al. (2007) realizaram um estudo na comunidade, sobre a prevalência de sintomatologia depressiva e indicadores de risco em 2 850 participantes com idade superior a 75 anos. Os resultados encontrados mostraram que a prevalência dos sintomas depressivos foi de 31,1%. Quando controladas as variáveis de idade e sexo os resultados apontaram para uma correlação significativa positiva com a idade, mais prevalente no seio de mulheres idosas.

Também Bergdahl, Allard, Alex, Lundman e Gustafson (2007) investigaram os factores associados com a depressão em 527 homens e mulheres com mais de 85 anos de idade. A depressão foi rastreada com a *Geriatric Depression Scale (GDS)-15* e com a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*. Os principais resultados mostraram uma maior proporção de mulheres diagnosticadas com depressão (33% e 18,6%,  $p=0.006$ ). Quer os homens, quer as mulheres experimentavam solidão (3,4% e 7,0%). A depressão no seio dos homens encontra-se associada à perda de filhos nos 10 anos antecedentes. As principais conclusões sugeriram que a depressão é mais prevalente nas mulheres do que nos homens e que a experiência de solidão encontra-se relacionada quer com a depressão feminina quer masculina.

Em suma, neste capítulo foram abordados os conceitos do envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento populacional, a diferenciação entre terceira idade, velhice e envelhecimento, bem como o envelhecimento humano como um processo. Foram referidas as teorias e modelos biológicos mais recentes do envelhecimento (com menção aos marcos físicos e biológicos), as teorias psicossociais, colocando-se a ênfase nos marcos relacionais e comportamentais, assim como os marcos cognitivos e intelectuais que marcam esta fase de desenvolvimento humano. Verificou-se que a inteligência, as habilidades perceptivas, motoras e visuo-espaciais, a atenção, a linguagem, a memória, o raciocínio, as funções executivas e a velocidade do desempenho cognitivo constituem funções importantes a ter em consideração, aquando do rastreio ao nível do envelhecimento cognitivo, uma vez que apresentam variabilidades em função do sexo, da idade, da escolaridade e da presença de perturbações de humor. No capítulo seguinte, apresentam-se alguns aspectos relacionados com os cuidadores dos idosos, foco central do presente trabalho.

## **CAPÍTULO II – A FAMÍLIA CUIDADORA DO IDOSO**

*O sacrifício de subir a montanha é  
compensado pela paisagem que  
descobrimos do alto.*

*Dinamor*

### **2.1. A Família Cuidadora**

As repercussões das profundas transformações sociais decorrentes do envelhecimento ainda são pouco contempladas, cabendo observar que esse é o início de um processo em curso. O envelhecimento populacional ampliar-se-á como consequência dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, alterando, num futuro próximo, não apenas os indicadores demográficos como também a expectativa de vida, mas, principalmente, o próprio limite do tempo de vida (Calvário et al., 1999).

No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga económica seja para família, seja para sociedade – e como uma ameaça às mudanças. Esta noção tem levado as sociedades a subtraírem dos idosos o seu papel de pensar o seu próprio destino. No entanto, nunca faltaram exceções a tais práticas, o que pode ser exemplificado com o reconhecimento pelas sociedades indígenas da figura do *pajé* ou *xamã ancião* ou, nas sociedades ocidentais, dos poderosos, ricos e famosos quando gozam de saúde física, mental e económica. As exceções, porém, não podem esconder as grandes dificuldades sócio-económicas que os idosos, particularmente os pobres, sofrem nos mais diferentes contextos de vida. Por isso mesmo, a velhice é por eles auto-assumida como “problema”, na mesma medida em que sofrem por causa dela e o imaginário social assim o define (Calvário et al., 1999).

Conforme afirma Charazac (2004), a forma mais comum de discriminação cultural tem sido o estigma do “descartável”, “passado” ou “peso social”. Como muito

bem aponta a autor, “nos dicionários emocionais da população, velhice é sinónimo de decadência, de decrepitude e de perda de dignidade” (p. 19). De facto, cada cultura tem a sua visão sobre a velhice, sendo que o idoso vai ser bem ou mal tratado de acordo com as características da sociedade em que ele vive. Em algumas sociedades os idosos são respeitados e venerados e, em outras, são, muitas vezes, abandonados e sofrem negligências.

Apesar dos esforços que têm existido no sentido de garantir uma velhice cada vez mais activa e saudável, muitos idosos experimentam alguma fragilidade nessa fase. A doença, como já se viu, traz consigo um factor emocional de grande intensidade, pois acentua sentimentos de fragilidade, de insegurança e de dependência (Caldas, 2002).

Segundo Leite (2000), a “dependência” é uma condição do idoso que se caracteriza por degenerescência decorrente de doenças crónicas ou de outras patologias, que lhes ameaçam a integridade física, social e económica, diminuindo ou impedindo a capacidade do indivíduo para responder às suas necessidades. Dentre as alterações que conduzem o idoso à dependência, destacam-se aquelas que estão relacionadas com o adoecer, as quais, pelas suas características de cronicidade, geram a necessidade de alguém por longos períodos, sendo, nestas ocasiões, a família a principal fonte de cuidados.

Para Biosca (2002), o parentesco é uma estrutura formal que resulta das relações consanguíneas entre irmãos; da relação de descendência entre pai e filho e mãe e filho e da relação de afinidade que se dá através do casamento. Esta é uma estrutura universal e qualquer sociedade humana forma-se pela combinação destas relações.

Geralmente, a função do cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Esta

pessoa assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se pela satisfação destas (Caldas, 2002).

Segundo Karsch (1998), outro factor determinante para o familiar se tornar cuidador é a obrigação e/ou dever que o mesmo tem para com o idoso. Isto pode ser entendido como um sentimento natural e subjectivo, ligado a um compromisso que foi construído ao longo da convivência familiar.

Mendes (1995) explica que o processo de tornar-se cuidador pode ser mais imediato ou gradual. As decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes e as pesquisas revelam que, embora a designação de cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica específica, o processo parece obedecer a certas regras reflectidas em quatro factores que estão relacionados com:

O parentesco (com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho); o sexo (com predominância para a mulher); a proximidade física (considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados) e a proximidade afectiva (destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos) ” (p. 21).

Para Karsch (1998), os cuidadores atribuem a sua vontade e o seu compromisso à solidariedade com o companheiro(a) de vida, ao desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância, ao seu horror ao isolamento e à ausência de outras alternativas.

Apesar da família poder ser a principal fonte provedora de cuidados dos seus entes doentes e incapacitados, poderá ser necessário, igualmente, apoio por parte de outras unidades assistenciais, quer para os idosos quer para os seus cuidadores. É um erro considerar que, por estarem nas casas das suas famílias e terem uma pessoa que deles cuidam, os idosos frágeis e dependentes não necessitam de formas sistemáticas de

apoio, esclarecimentos, cuidados físicos e visitas de profissionais de saúde e de apoio social. Exactamente porque a família se sente no dever de suprir as actividades para as quais o idoso não tem condições de realizar, é que o cuidador familiar precisa de informação, orientação, ajuda e demonstrações de cuidados correctos, para que não faça improvisações, muitas vezes, de forma prejudicial ao bem-estar do idoso (Medeiros, 1998).

A família é uma instituição importante na construção de valores morais, éticos e espirituais, sendo responsável pela formação de padrões de comportamento. As outras instituições possuem o carácter de complementaridade na construção do indivíduo. O núcleo familiar não é suficiente, por si só, para promover a integração social e o desenvolvimento dos seus membros. É necessária a sua inclusão em programas que lhes permitem condições básicas de inserção social e cidadania, para que ela possa cumprir o papel que lhe é social e legalmente atribuído (Medeiros, 1998).

Portanto, a família constitui a unidade primária e estrutura nuclear do padrão social. Tem mantido a sua forma através das relações biológicas de dependência e, com frequência, também através de laços emocionais (Medeiros, 1998).

A família é uma instituição social que está sujeita às influências que a realidade cultural e histórica determina e por isso, frequentemente, passa por crises durante o seu processo histórico. No entanto, ela tem-se mostrado uma instituição muito resistente, capaz de se adaptar e sobreviver perante diferentes momentos. Porém, os novos valores e paradigmas são colocados à família (Caldas, 2002).

Embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os seus membros. No caso de pessoas com idade avançada, podemos identificar diferentes situações, como é o caso de pessoas idosas que não têm família. Há outros idosos cujas famílias são muito pobres ou os seus familiares precisam trabalhar e não

podem deixar o seu trabalho/actividade para cuidar deles e ainda aqueles que não se interessam pelo idoso (Medeiros, 1998).

Segundo Caldas (2002), o cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, não se encontram preparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Neste contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredita que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, económicas ou éticas), não se pode garantir que a família seja um veículo prestador de cuidados humanizados.

A família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de habitação, transporte e acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, essa família cuidadora necessita igualmente de informação sobre como realizar os cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam a qualidade de vida dos cuidadores principais (Medeiros, 1998).

Os cuidados desenvolvidos dentro das casas, invisíveis aos olhos do público e ignorados pelas autoridades e pelas organizações que poderiam responsabilizar-se por uma rede de atendimento, permanecem ocultos e, por causa disso, não são amparados por quaisquer apoios, serviços externos, ou políticas e programas. Este facto reflecte bem, como a sociedade percebe a problemática dos idosos doentes, incapacitados e dependentes: na medida em que uma mulher de uma família chama a si a responsabilidade pelos cuidados de um idoso dependente e, com muito esforço e sem tréguas, procura suprir as necessidades por ele apresentadas dentro das paredes de casa, e o seu desempenho permanece escondido, impedindo o reconhecimento do seu papel

social e mascarando a importância de uma rede de serviços que poderiam ser o suporte necessário a esta mulher (Calvário, Brito, & Brito, 1999).

## **2.2. O Cuidar e o Cuidador**

Cuidar, significa, para Raimundo e Lima (2002): “o acto ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse acto” (p. 16).

Trata-se de uma actividade complexa, quer pela sua dimensão psicológica, quer pela dimensão social, ética e demográfica, acabando por albergar variados aspectos de ordem clínica, técnica e comunitária (Figueiredo, 2007).

Como tal, existem pessoas capazes de cuidar da pessoa idosa, sendo designados de prestadores de cuidados (“*caregiving*”). O cuidador é a pessoa que cuida do idoso, a partir de objectivos estabelecidos, procurando zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura e recreação da pessoa atendida. A função de educar e cuidar, de um modo geral, é delegada, historicamente à mulher, pelo seu papel natural de gerar, criar, nutrir e cuidar. Os tempos mudaram, mas as formas de pensar e agir em relação à família, à mulher e ao cuidado, ainda se conservam (Raimundo & Lima, 2002).

São chamados de prestadores de cuidados principais, todos os indivíduos que têm a seu cargo toda ou grande parte da responsabilidade pelos cuidados à pessoa idosa no domicílio, realizando todas as tarefas que este não consiga desenvolver. Os prestadores de cuidados secundários, normalmente são amigos, vizinhos, voluntários e mesmo alguns familiares, que prestam cuidados de uma forma parcial, desenvolvendo actividades com menos frequência. Distingue-se, aqui, o prestador de cuidados formais

(que designa o indivíduo profissional que é pago pelos seus cuidados prestados à pessoa idosa e normalmente possuem formação para tal) do prestador de cuidados informais (normalmente são familiares, vizinhos, amigos que prestam cuidados à pessoa idosa sem serem remunerados por tal actividade (Figueiredo, 2007).

Para Lage (2004), os cuidadores são definidos como “pessoas que se ocupam de idosos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia, sendo caracteristicamente familiares, sendo então definidos como cuidadores informais” (p.77).

Por conseguinte, na informalidade (por serem normalmente membros da família do idoso), dificilmente, uma pessoa assume que é um cuidador, pois acha que cuidar de alguém que se ama não é uma tarefa, mas sim, algo natural. Ser um cuidador requer aprendizagem e adaptação e todos nós somos um cuidador em potencial, no âmbito familiar (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, Sousa (2004) refere que existem vários tipos de cuidadores de idosos, que se podem subdividir em três classes:

- a) Cuidador institucional – é aquele que é solicitado por uma instituição onde a pessoa idosa se encontra internada;
- b) Cuidador domiciliar – é aquele que é contratado pela família para cuidar do seu familiar;
- c) Cuidador familiar – normalmente são familiares directos, como o cônjuge, filhas/os, noras, netas/os, qualquer membro da família, que voluntariamente assume a tarefa de cuidar do seu familiar.

Por sua vez, Squire (2005) considera que existem três possíveis dimensões na prestação de cuidados:

- a) Responsabilidade/ tomar conta de alguém;
- b) Satisfazer/responder às necessidades de alguém;
- c) Sentir preocupação, interesse, consideração e afecto pela pessoa de quem se cuida.

Independentemente do tipo de cuidador, seja ele familiar ou contratado, trata-se de uma figura importante e fundamental que possui a árdua tarefa de proporcionar um envelhecimento mais saudável e com o menor comprometimento funcional (Sousa, 2004).

Para Figueiredo (2007), o prestador de cuidados assume dois grandes deveres:

- a) Dever social – geralmente baseado no modelo de família tradicional portuguesa/europeia, o que implica haver censura, desvalorização dos familiares aos olhos dos outros quando estes não se encarregam do cuidar do seu familiar dependente;
- b) Dever moral – é aquele que poderá assumir as mais variadas formas, tal como o não se sentir culpado perante uma promessa de outrora, quer por recompensa, ou mesmo o acto de dar em troca; é visível em prestadores de cuidados como os cônjuges (solidariedade conjugal vitalícia), em pessoas em que os valores cristãos de amor ao próximo são importantes na sua vida, ou mesmo por ajuda aos outros.

As competências dos cuidadores de idosos possuem um papel fundamental quando se fala na promoção da saúde e da acção preventiva, evitando-se a institucionalização. O modelo de assistência à saúde, centrado nas atitudes curativas, tende ao fracasso, pois hoje, trabalha-se na prevenção de doenças, na diminuição de riscos à saúde e, portanto, na melhoria da qualidade de vida do idoso. O idoso bem tratado por cuidadores competentes conseguirá uma melhor evolução clínica e qualidade

de vida, evitando-se as complicações e, conseqüentemente, reduzindo-se a procura pelos serviços de saúde, de um modo geral (Raimundo & Lima, 2002).

Cuidar é muito mais que um acto; cuidar é uma atitude. Requer conhecimento, responsabilidade, mas também afectividade, de ser humano para ser humano. Assim entendendo, o cuidador deve, antes de tudo, saber e querer cuidar de si próprio, para então poder cuidar do outro, um semelhante, mas não igual, que temporariamente está incapacitado funcionalmente (Sousa, 2004).

Só o trabalho, só o acto de zelar, não faz da pessoa um cuidador. É necessária a união do trabalho com a disponibilidade e a capacidade de ouvir o outro, sem lhe tirar a sua autonomia e independência. Os cuidadores necessitam de estar atentos à rotina do cuidar, para que as acções repetitivas, não adormeçam o prazer de cuidar e não diminuam o vínculo afetivo (Sousa, 2004).

O cuidador de idoso, deve estar habilitado para substituir o conceito de doença, pelo de incapacidade funcional, enfatizando os cuidados preventivos. Cuidar não é uma actividade estática. Como a vida, e também o processo de envelhecimento, cuidar é um acto dinâmico, que apesar de ter um conjunto de guias de conduta, não possui um protocolo rígido (Sousa, 2004).

Cuidar não é apenas zelar por um corpo físico, mas observar a palavra não dita, expressa através desse corpo físico, muitas vezes, frágil, debilitado e, outras vezes, contido e pouco receptivo às manifestações afectivas. Um corpo físico que, pela falta de espaço e por medo, se retrai, camuflando manifestações físicas e emocionais de grande importância e que podem, mais tarde, manifestar-se em forma de doença. Estar atento é a prevenção, é promover a saúde e a qualidade de vida (Sousa, 2004).

### **2.3. O Perfil do Cuidador**

Apesar do perfil do cuidador não se encontrar claramente definido, este poderá ser inferido a partir dos resultados de diversos estudos, que mostram quais são as principais características do cuidador, ao nível do sexo, da idade, grau de parentesco, estado civil, coabitação e emprego, que a seguir apresentamos.

#### **2.3.1. Sexo e Idade**

Normalmente, os prestadores de cuidados são, maioritariamente, pessoas do sexo feminino, nomeadamente, a esposa, filhas, noras, primas e vizinhas. Isto porque, de facto, em termos culturais é a mulher que tem vindo a assumir um papel activo na prestação de cuidados, pois ela assume, tacitamente, a realização de tarefas domésticas, baseada nos modelos de divisão do trabalho da sociedade onde vive (Nakatani, Souto, Paulette, Melo, & Sousa, 2003).

Nakatani et al. (2003) referem que os estudos apontam para uma totalidade de cuidadores do sexo feminino, espelhando o papel da mulher na sociedade, pois é esta que detém o papel de cuidadora (seja cônjuge, filha, neta, entre outras). Social e culturalmente é à mulher que se encontra imputado este papel, pois é ela que possuiu filhos, tem marido, actividades domésticas, além de muitas vezes, trabalhar fora de casa. Por conseguinte, esta sobrecarga de papéis acaba por dificultar a prática do cuidado com o idoso, pois é preciso estruturarem o tempo com todas as actividades, acarretando, por diversas vezes, um stress físico e psicológico.

Relativamente à idade, constata-se que são as mulheres mais jovens (com cerca de 18 a 20 anos) ou de meia-idade (entre os 45 e os 60 anos) que têm vindo a assumir o papel de cuidadoras (Nakatani et al., 2003).

### **2.3.2. Grau de parentesco**

Normalmente, o acto de cuidar recai sobre um único membro da família, o cuidador primário, associado, na maior parte das vezes, ao cônjuge, descendência directa (filhas, no caso de não haver filhas, é atribuído o papel ao filho), assim como amigos e/ou vizinhos (no caso da ausência de familiares ou desempenhando um papel de ajuda complementar em relação ao cuidar) (Figueiredo, 2007).

No estudo de Marques (2000), os resultados mostram que a maior parte dos cuidadores, são filhas do idoso a quem prestam cuidados. Apenas foram encontradas duas pessoas sem vínculo familiar com o idoso, que prestavam os cuidados na ausência da cuidadora primária, ou porque esta tinha sido afastada por motivos de doença.

### **2.3.3. Estado Civil e Coabitação**

Relativamente ao estado civil, os diversos estudos (Marques, 2000) apontam para o facto dos cuidadores serem, na sua maioria, solteiros, pelo facto de não possuírem uma família constituída, o que os tornam mais disponíveis e “pressionados” para a prestação de cuidados aos idosos.

A coabitação está directamente associada ao estado civil do prestador de cuidados. O dividir a habitação com a pessoa idosa incapacitada, automaticamente expõe o cuidador à realidade do idoso, já que ele, pelo facto de viver com o idoso, pode sentir-se na obrigação de tratar dele. Geralmente, a prestação de cuidados poderá ser realizada pelo marido ou esposa (quando o estado civil é casado/a), seguidamente de outros familiares directos (como filhas, que normalmente são solteiras, divorciadas, ou viúvas, mas também em número mais baixo, filhas casadas) (Figueiredo, 2007).

### **2.3.4. Emprego**

Os prestadores de cuidados são, maioritariamente, domésticos e reformados da sua antiga profissão (Figueiredo, 2005).

Podemos ver, resumidamente no Quadro 3, o perfil do cuidador, decorrente da análise de alguns estudos realizados neste âmbito.

#### **Quadro 3**

##### *Perfil dos cuidadores de cuidados informais*

| <b>Dimensão</b>                  | <b>Perfil</b>  |
|----------------------------------|--|
| <b>Sexo e Idade</b>              | Predomínio do sexo feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos (Nakatani et al., 2003). |
| <b>Grau de Parentesco</b>        | Conjuge, descendência directa (filhas, noras) e vizinhos/amigos (Figueiredo, 2007; Marques, 2000).     |
| <b>Estado Civil e Coabitação</b> | Casadas, solteiras ou divorciada/separadas (Figueiredo, 2007; Marques, 2000).                          |
| <b>Emprego</b>                   | Domésticas e/ou reformadas (Figueiredo, 2007).   |

Não obstante a importância destas qualidades, Brito (2002) refere uma multiplicidade de tarefas que se encontram adstritas ao cuidador, nomeadamente:

- a) Ajudar, estimular e, muitas vezes, executar as actividades de vida diárias do idoso dependente (higiene, locomoção, alimentação);
- b) Incentivar o idoso a dialogar, tentando entender a sua linguagem, para que este se sinta ouvido e importante. Desta forma, pretende-se que haja um intercâmbio de informação e que o idoso consiga, através desta intervenção, sentir-se actualizado;
- c) Colocar-se no lugar do idoso, para que assim consiga perspectivar o mundo segundo a visão de um idoso dependente;
- d) Aceitar o idoso como ele é, acarinhando-o e dando-lhe o seu devido valor;
- e) Estimular a sua auto-estima, a sua auto-aceitação e a sua auto-confiança;

- f) Estar atento às possíveis alterações, quer a nível físico quer a nível emocional, de forma a poder encaminhar os problemas detectados para um especialista, com o objectivo de estabilizar ou mesmo melhorar o estado do idoso dependente;
- g) Observar o ambiente/meio onde o idoso vive;
- h) Verificar os apoios que lhe são ministrados e que lhe são de direito;
- i) Realizar actividades de distração e de ocupação;
- j) Apoiar todas as suas deslocações a locais que os tornam mais vulneráveis como: Hospitais, Centros de Saúde e Clínicas;
- k) Desenvolver actividades de ordem física, acompanhados por profissionais devidamente credenciados;
- l) Manter uma vigilância constante para verificar se a medicação que foi instituída é administrada correctamente.

Figueiredo (2007) sugere que as três componentes que fazem parte do trabalho do cuidador informal, são:

- a) O trabalho físico, que consiste na ajuda das actividades de vida diária;
- b) O trabalho emocional que envolve a relação dual entre o idoso e o cuidador;
- c) O trabalho de gestão e de organização das actividades rotinizadas que o idoso deverá realizar.

Para além das características que foram apresentadas anteriormente, é ainda necessário considerar que o cuidador deverá possuir algumas qualidades, como o respeito pelo ser humano, ser compreensivo no entendimento e a lidar com as limitações do outro, ter espírito de ajuda perante os que dela necessitam, compreender que cuidar é

um acto de amor, de carinho e bondade, bem como entender que cuidar não é um acto isolado e, como tal, só resultará quando existe cooperação entre todos os intervenientes cuidadores (Sequeira, 2007).

Numa análise dos aspectos referidos por Brito (2002), verifica-se que, muitas outras tarefas poderão existir, pelo que o estado de alerta deverá ser uma constante. Porém, constata-se, muitas vezes, que os cuidadores informais nem sempre possuem a formação e as competências necessárias, o que torna ainda o processo de cuidar mais complexo e stressante.

### **2.3. Stress e *Burnout* nos cuidadores**

Como referido anteriormente, cuidar não é uma tarefa simples e, conseqüentemente, constituirá com o tempo, uma situação de stress para o próprio cuidador. Isto porque, para além do suporte que o cuidador possa conceder ao idoso, aquele possui a sua própria vida, muitas vezes, incompatível com as exigências das situações a que o idoso se encontra exposto, podendo mesmo surgir a designada síndrome de *Burnout*, no seio destes prestadores.

O stress é um conceito amplamente utilizado, muito embora a sua definição não seja consensual. A NAOSH<sup>1</sup> (2002), refere que o stress surge quando um indivíduo percebe um desequilíbrio nas situações com que se depara, pois ocorre frequentemente, em situações caracterizadas por fracos níveis de controlo e de sustentação.

Sempre que um indivíduo se depara com uma situação que implique uma exigência suplementar ou de difícil resolução, está-se perante uma situação stressante. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), um indivíduo encontra-se stressado não só

---

<sup>1</sup> National Authority for Occupational Safety and Health

devido às solicitações e exigências do meio, mas igualmente, devido aos recursos próprios que o mesmo disponibiliza para enfrentar essas situações.

O conceito transaccional trazido por Lazarus e Folkman (1984) defende o stress como o resultado de uma transacção entre o indivíduo e o ambiente, incluindo as percepções e as avaliações deste, as expectativas, interpretações e as respostas dadas. Tradicionalmente, este modelo centra-se na forma que se assume que as situações problemáticas são desencadeantes de episódios stressantes. Estes autores acreditaram que são os sucessos da vida diária que predizem as mudanças na saúde psicossomática, mais do que os grandes acontecimentos.

Perante uma determinada situação, o indivíduo desencadeia um processo de avaliação preliminar, mediante o qual, de acordo com a situação, poderá percebê-la como stressante, muito embora outros possam percebê-la como normal. Com a continuidade, o indivíduo passará a um processo de avaliação secundária. Nesse momento, ele inicia uma avaliação cognitiva dos seus próprios recursos e dos recursos do meio ambiente, para negociar a perda, ameaça ou desafio que caracteriza o acontecimento. Ambas avaliações são processos cognitivos, sendo que a primeira é independente de quem realiza a avaliação, enquanto a avaliação secundária está directamente relacionada com as percepções que o indivíduo realiza com seus próprios recursos para enfrentar a situação stressante, recursos que provêm de si mesmo ou do meio ambiente. A avaliação preliminar, por sua vez, permite avaliar o carácter stressante da situação, sendo que a secundária permite avaliar a própria capacidade para enfrentar a situação. Por último, o modelo prognostica que os indivíduos utilizam estratégias de adaptação cognitivas e de comportamento, para resolver as situações stressantes (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

São diversas as manifestações de stress. Svärd, Aringer, Baneryd, Frostberg e Kemmlert (2002) referem que as manifestações de stress variam de pessoa para pessoa, pois estar sujeito a stress não tem necessariamente que ser prejudicial ou trazer necessariamente mal-estar.

Todas as pessoas, em alguma altura da sua vida, sentem-se sujeitas a tensões no trabalho e na vida diária. Se essas tensões tiverem uma duração relativamente breve, com oportunidades de recuperação posterior, não são prejudiciais. O elemento stress pode, às vezes, melhorar o desempenho individual e ajudar a apreciar novos desafios (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

Apesar desta visão positiva, Svärd et al. (2002) denotam que, quando as exigências são demasiadas, i.e., quando as características da situação não permitem o *controlo*, o *suporte* e a *recuperação*, ou quando falta à pessoa *experiência* ou *conhecimento* para lidar com a situação, esta pode vir a ser afectada pela mobilização do corpo. O stress prolongado pode quebrar a harmonia entre o descanso normal do corpo e a actividade. Eventualmente, até o relaxamento se pode tornar impossível. O conceito psicofisiológico e patogénico do stress estão relacionados com os factores de risco, com as doenças cardiovasculares e com a exaltação do sistema nervoso central.

Diversas investigações demonstram que "os principais assassinos" na União Europeia são as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias e causas externas (as quais incluem acidentes e suicídios) (Steptoe & Apples, 1991). De facto, 75% de todas as mortes estão fortemente relacionadas com o stress no trabalho, com os comportamentos e estilos de vida (Michie, 2002).

Diversos autores (Fujino et al., 2001; Svärd, et al., 2002) expõem, de uma forma clara, as dinâmicas fisiológicas do corpo perante o stress, mais propriamente, as

reações agudas de stress. O corpo mobiliza grandes quantidades de energia, aumenta as concentrações de açúcar no sangue e de ácidos gordos, a respiração acelera, os músculos são enrijecidos e os órgãos digestivos abrandam o seu funcionamento.

De acordo com os mesmos autores, as reações agudas de stress conduzem a um aumento da tensão muscular. Os músculos são activados não somente pelos riscos iminentes de perigo e/ou de acidente, mas também, por exemplo, pelas tarefas que exigem grande concentração. Se as tarefas deste tipo forem executadas numa postura de trabalho incómoda, estática ou com movimentos repetitivos, a participação muscular intensifica-se. Além disso, o stress muscular e o stress mental reforçam-se mutuamente, daí o risco das desordens músculo-esqueléticas, que ocorrem quando as deficiências ergonómicas da situação do trabalho são combinadas.

Segundo Serra (2002) o cérebro humano é o primeiro órgão a agir perante o stress, devendo, antes de mais, identificar e categorizar se uma situação é stressante e comunicá-lo ao corpo, se for caso disso. O papel do cérebro numa situação stressante é libertar a energia necessária do corpo através do hipotálamo.

Nesta fase, o corpo sofre uma série de transformações fisiológicas, que podem ser categorizadas em três eixos de activação fisiológica de resposta ao stress. Segundo Labrador (1992), o primeiro eixo (neural) é de todos o mais rápido na activação de uma resposta face à situação de stress, processando-se em duas formas: (a) activação do Sistema Nervoso Simpático (SNS), encarregue de activar o organismo para uma acção inesperada e intensa (aceleração do ritmo cardíaco e respiratório, pressão arterial e libertação de glicose) e; (b) activação também do Sistema Nervoso Periférico (SNP) que, por sua vez, vai regular o nível de tensão dos músculos e dos movimentos do organismo. O segundo eixo (neuro-endócrino), mais lento que o anterior, apenas é activado se as condições aflitivas perdurarem. Este eixo prepara incondicionalmente o

corpo para qualquer ameaça externa. A sua activação implica a secreção de noradrenalina e adrenalina a partir das glândulas supra-renais, tendo efeitos semelhantes no organismo à activação do SNS: aumento da pressão arterial, do fluxo sanguíneo no cérebro, aumento do ritmo cardíaco, aumento da estimulação dos músculos esqueléticos, aumento da libertação de ácidos gordos livres, triglicéridos e colesterol<sup>2</sup>, aumento da libertação de opiáceos endógenos, diminuição do fluxo sanguíneo nos rins, diminuição do fluxo sanguíneo no sistema gastrointestinal. Consequentemente, surge a diminuição do fluxo sanguíneo na pele, o aumento do risco de hipertensão e o aumento do risco de ataques de angina de peito nas pessoas predispostas.

O terceiro eixo (endócrino), subdivide-se em vários eixos, sendo o mais importante o subeixo Adrenal-Hipofisário. Este é responsável pela libertação de glicocorticóides (cortisol e corticosterona) e mineralcorticóides (aldosterona e deoxicorticosterona).

O *Stress Process Model*, defendido por Pearlin, Zarit e Schaié (1992), é um dos modelos conceptuais que descreve, de uma maneira mais ampla, a sobrecarga como uma variável endógena, i.e., existe uma sobrecarga objectiva resultante de stressores primários objectivos e uma sobrecarga subjectiva resultante de variáveis contextuais, tais como, o historial referente ao cuidado, assim como, a situação socioeconómica. A sobrecarga poderá ser o início do despoletar situações directas como a depressão, ou de uma forma indirecta, como os conflitos familiares, problemas económicos, entre outros.

Para Figueiredo (2007), existem dois tipos de consequências referentes à prestação informal de cuidados:

---

<sup>2</sup> Apesar de o fígado conseguir convertê-los em açúcar, estes produtos químicos, por exemplo, põem também entupir os vasos sanguíneos e ser uma causa de doença (NAOSH, 2002).

- a) Objectivas - que dizem respeito à situação de doenças e de incapacidades; à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e o tipo de dependência e os comportamentos da pessoa idosa; às consequências ou impacto nas várias dimensões da vida do cuidador (familiar, social, económica e profissional);
- b) Subjectivas - que resultam das atitudes e das respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar.

O prestador de cuidados desenvolve actividades diversificadas, como ir às compras, preparar refeições, actividades relacionadas com a higiene do idoso, actividades de locomoção que poderão acarretar quedas, ferimentos e outras disfunções. Todas estas actividades são uma fonte de dispêndio de energia para o prestador de cuidados, assim como uma fonte causadora de stress, pois, para além das actividades desenvolvidas por este, ainda terá que desempenhar outros papéis relacionados com a sua própria vida (Figueiredo., 2007).

Para além destas situações desencadeadoras de stress, poderão existir igualmente problemas financeiros, que acarretam situações por vezes difíceis de serem contornadas. Neste sentido, a situação de stress poderá ser vivenciada não somente pela natureza da actividade exercida, como também pela envolvente externa (Figueiredo, 2007).

Para Figueiredo (2007), cuidar do idoso poderá provocar, ao prestador de cuidados, sentimentos de mal-estar psicológico e de morbilidade física. O que acontece, algumas vezes, é que o próprio cuidador do idoso não se encontra de plena saúde e condição física e psicológica para o fazer, pelo que o cansaço poderá ser evidente, assim como a sensação de deterioração da sua saúde, desgaste físico e psicológico e, consequentemente o *Burnout*.

O *Burnout* é um conceito introduzido, em 1974, por Freudenberger (cit. por Benbow, 1998). No contexto dos seus estudos sobre os profissionais de saúde, o autor

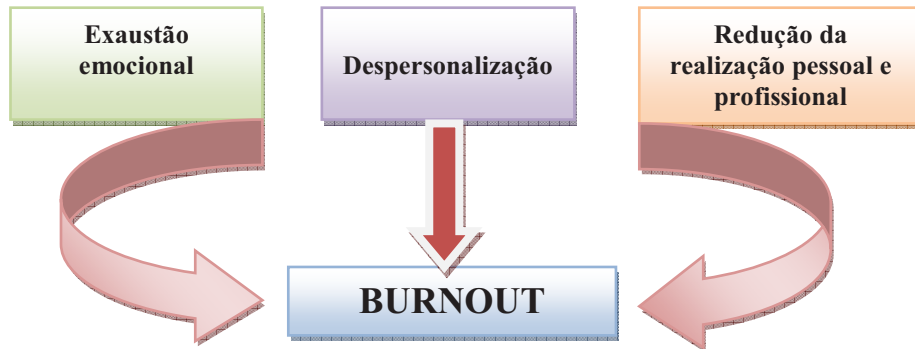
definiu *Burnout* como um desgaste, uma exaustão física e emocional, decorrente de um trabalho excessivo e exigente, em termos físicos, emocionais e/ou psicológicos.

Designa-se de síndrome de *Burnout*, pelo facto de se encontrar associada com um conjunto de sintomas, diferenciados no tempo, no próprio indivíduo e de indivíduo para indivíduo. Maslach e Jackson (1982) realizaram um estudo no qual constataram a existência de três componentes diferenciadoras da síndrome de *Burnout*:

- a) A exaustão emocional, que ocorre mediante factores pessoais e situacionais. O indivíduo sente uma carga emocional mais intensa do que em condições normais, uma sensação de exaustão que o leva a sentir-se incapacitado perante o outro, sem qualquer tipo de recursos emocionais, o que o leva a ter um decréscimo no seu desempenho de trabalho;
- b) A despersonalização, que se caracteriza pelo facto do indivíduo adoptar uma postura pouco flexível e impessoal perante o outro e na prestação do seu serviço. Esta atitude poderá ser vista como um mecanismo de defesa, no sentido de diminuir os seus sentimentos de impotência, indefesa e desesperança pessoal;
- c) A realização pessoal, que se reveste o sentimento do indivíduo acreditar que o seu trabalho não merece qualquer tipo de dispêndio de energia, que todo e qualquer esforço que eventualmente possa fazer para mudar de profissão ou de instituição é apenas uma perda de tempo. Gradualmente, verifica-se que há uma diminuição das expectativas pessoais, dando lugar a auto-avaliações negativas e a sentimentos de fracasso e de baixa auto-estima pessoal.

França e Rodrigues (1999, p. 48) resumem as três componentes do *Burnout*, à luz da perspectiva de Maslach e Jackson, conforme se apresenta na Figura 1. Pela análise

da mesma, verifica-se que a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal e profissional, concorrem para o aparecimento da síndrome de *Burnout*.



**Figura 1.** Aspectos básicos que caracterizam a *síndrome de Burnout*

Os sintomas desta síndrome são diversos e podem ser divididos em quatro categorias, com algumas variações (Barona, 1996; Benevides-Pereira, 2002; Gil-Monte & Peiró, 1997):

- a) Físicos: Sensação de fadiga constante e progressiva, perturbações do sono, dores musculares, no pescoço, ombro e dorso, perturbações gastrointestinais, baixa resistência imunológica, astenia, cansaço intenso, cefaleias, transtornos cardiovasculares;
- b) Psíquicos: Diminuição da memória, falta de atenção e concentração, diminuição da capacidade de tomar decisões, fixações de ideias e obsessão por determinados problemas, ideias fantasiosas ou delírios de perseguição, sentimento de alienação e impotência, labilidade emocional, impaciência;
- c) Emocionais: Desânimo, perda de entusiasmo e alegria, ansiedade, depressão, irritação, pessimismo, baixa autoestima;

- d) Comportamentais: Isolamento, perda de interesse pelo trabalho ou actividades de lazer, comportamento menos flexível, perda de iniciativa, lentidão no desempenho das funções, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e até mesmo drogas ilícitas, aumentando a agressividade.

No entanto, é importante ressaltar que nem todos estes sintomas estão necessariamente presentes em todos os casos, pois esta configuração dependerá dos factores individuais (predisposição genética e as experiências), factores ambientais (local de trabalho ou até mesmo os recursos disponibilizados) e a fase em que o prestador de cuidados se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome (Benbow, 1998).

Um prestador de cuidados, quando atinge o nível de exaustão profissional, é considerado um indivíduo que se encontra em constante sofrimento e, como tal, existem alguns sintomas a nível físico e sinais psicológicos que o evidenciam (Delbrouck, 2006):

- a) Possíveis sintomas físicos - Insónia, falta de energia, hipertensão, perda de apetite, enxaquecas, náuseas, entre outros;
- b) Possíveis sinais psicológicos - Irritabilidade, negação dos insucessos, esquecimento de si, perda do sentido de humor, insegurança, insatisfação, diminuição da auto-estima, sentimento de culpa, distração, perda de memória, atitude negativa.

Em suma, podemos pensar que a actividade de cuidador é uma tarefa árdua, que exige do indivíduo um esforço, seja físico e/ou psicológico, levando-o a adaptações constantes. Esta imprevisibilidade da actividade associada às exigências emocionais que

a mesma alberga, torna-a numa fonte potenciadora de stress e, conseqüente, desgaste profissional.

Martins, Ribeiro e Garrett (2004) referem que os principais factores de sobrecarga para os cuidadores passam pela questão financeira, pelas alterações do comportamento do idoso e pela percepção de que há uma relação e dependência. Ao serem investigados os factores de sobrecarga e o grau de sintomas de ansiedade e de depressão em 60 cuidadores, constatam que "a percepção do cuidador quanto à gravidade da deterioração do quadro clínico do idoso parece ser mais importante para a determinação da sobrecarga do que as escalas objectivas de avaliação de deterioração desse mesmo quadro" (p. 12). Da mesma forma, como explicam os autores, muitos dos cuidadores queixaram-se de dificuldades em manter as suas actividades diárias, apontando para o surgimento de dúvidas, sobretudo relativas a cuidados necessários do idoso cuidado. Como reflexão, os autores sugerem que, devido à ocorrência gradativa dos sintomas de ansiedade e de depressão, muitos dos cuidadores acabam por se tornar "pacientes".

Maslach e Jackson (1986) examinaram as diferenças de sexo entre trabalhadores de um amplo campo de actuação relacionado com os serviços e a saúde. Constataram que as mulheres apresentavam maior *exaustão emocional* e menor *ganho pessoal* do que os homens, no entanto, estes apresentavam maior *despersonalização*. Este estudo foi muito criticado, já que o sexo foi confundido com o tipo de ocupação, por exemplo. Na amostra, os psicólogos, psiquiatras e oficiais de polícia eram maioritariamente homens, enquanto as enfermeiras, trabalhadores sociais e prestadoras de cuidados eram maioritariamente mulheres.

A importância reconhecida ao stress e ao *Burnout* nas profissões de ajuda aos outros, leva-nos igualmente a equacionar as estratégias de *coping* que são utilizadas pelos cuidadores. Lazarus (1999) define *coping* como "as constantly dragging cognitive

and behavioral efforts to manage specific external and/or interval demand that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (p. 141).

O *coping*, refere-se então, a uma constante mudança cognitiva e comportamental do indivíduo face a situações provenientes do meio ambiente em que este se encontra inserido, para que haja um equilíbrio psicológico quando este se sente ameaçado. Por conseguinte, *coping* não se refere a um resultado externo, mas ao esforço e aos comportamentos de adaptação que o sujeito utiliza perante situações ameaçadoras, significando que, em termo de resultado, existem estratégias mais adequadas do que outras perante as situações.

Uma das formas de redução e de prevenção das fontes de stress apela para a utilização de estratégias de *coping* adequadas. McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) descrevem *coping* como um processo pelo qual a pessoa tenta controlar a discrepância percebida entre as exigências e os recursos face a uma situação stressante. Os esforços feitos para lidar com a situação (*coping*) não conduzem, necessariamente, à sua solução, mas podem ajudar a controlar a mesma. O *coping* é visto como um jogo de estratégias que alteram directamente os problemas, reduzem as exigências ou aumentam os recursos para lidar com o evento ou contêm as respostas emocionais associadas a uma situação stressante.

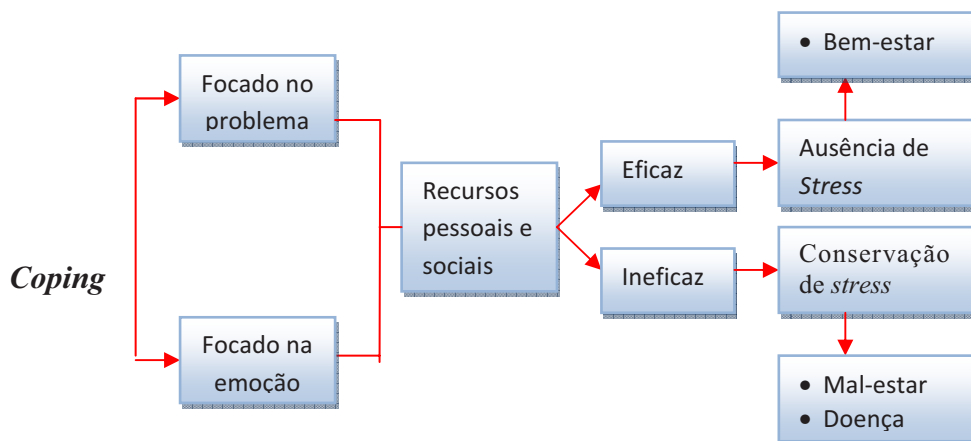
Lazarus (1999) e Lazarus & Folkman (1984) sugerem haver três características principais relativas ao *coping*:

- a) É um processo, pois é o que a pessoa realmente pensa e faz perante uma situação stressante;
- b) É contexto-dependente, pois o *coping* é influenciado pelo encontro ou pela avaliação particular e pelos recursos disponíveis para controlar esse evento;

- c) Enquanto processo é, e deve ser, independentemente definido do resultado; isto é, independentemente de ser bem sucedido ou não.

As estratégias de *coping* somente são eficazes em stressores, nos quais as suas exigências combinam com as funções específicas de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de *coping* são pensadas para ter um impacto significativo no resultado, pois permitem ao indivíduo executar algum controlo sobre as exigências que lhe são colocadas.

Lazarus e Folkman (1984) identificaram dois tipos de estratégias de *coping* (cf. Figura 2): *focado no problema* e *focado na emoção*. O alvo preliminar da estratégia *focada no problema*, consiste em lidar e confrontar o evento, alterando a situação ou adquirindo novas informações, habilidades ou o auxílio necessário, para fazer face ao evento colocado. Em contraste, a estratégia *focada na emoção* é uma resposta paliativa que permite eliminar reacções emocionais negativas ao evento. As estratégias focadas na emoção envolvem, geralmente, tentativas de evitar as emoções negativas associadas, de forma a permitir uma acção eficaz: supressão, distração ou não dar importância. A estratégia de *coping* focada no problema, é identificada como um estilo de *coping* favorável, enquanto a focada na emoção é vista como um estilo de *coping* desfavorável (Lazarus & Folkman, 1984).



**Figura 2.** Estratégias de *coping* (Adaptado de Lazarus & Folkman, 1984)

A forma como a pessoa se desenvencilha de uma certa situação depende, em parte, das capacidades desta. Isto inclui o bem-estar (saúde) e a energia, as crenças/fé existencial ou crenças generalizadas sobre o controlo, o empenho/dedicação sobre a propriedade motivacional que possa ajudar a sustentar o *coping*, bem como os conhecimentos sociais e de suporte social.

Figueiredo (2007) refere que as estratégias de *coping* que podem ser utilizadas são variadas e a sua função consiste em proporcionar um equilíbrio psicológico ao indivíduo, conforme se pode analisar no Quadro 4.

**Quadro 4**  
*As estratégias de Coping*

| Objectivos do <i>coping</i> | Tipos de resposta  |   |
|-----------------------------|--|---|
|                             | Comportamental   | Cognitiva   |
| Acção Preventiva            | Por exemplo: reunir informação acerca do problema                              | Por exemplo: planear/ procurar ajuda  |
| Acção Directa               | Por exemplo: procurar realizar um plano de intervenção                         | Por exemplo: reflectir acerca do que fazer  |
| Reformulação                | Por exemplo: analisar os comportamentos que adopta perante situações idênticas | Por exemplo: ver os outros em situações piores (perceber que há quem esteja pior) |
| Lidar com as consequências  | Por exemplo: tomar comprimidos para dormir                                     | Por exemplo: ter esperança que a situação melhore                                 |

O stress é frequente nos cuidadores de idosos pelo que será importante abordar as estratégias de *coping*, bem como a qualidade de vida (QdV) deste prestador de cuidados.

#### **2.4. A Qualidade de vida nos cuidadores**

O interesse pelo conceito de QdV surge a partir dos anos 80 devido aos avanços tecnológicos que conduziram ao aumento da expectativa de vida. Na perspectiva de Spilker (1990), o interesse pela QdV surgiu da consciência em proporcionar o bem-estar aos indivíduos.

A QdV é um conceito difícil de definir, na medida em que pode ser aplicado a diferentes aspectos da vida quotidiana, desde os aspectos políticos e económicos, aos aspectos relacionados com a saúde, podendo o mesmo ser estudado ao nível de uma sociedade, de um grupo ou de um indivíduo (Cramer & Spilker, 1998).

No que concerne à definição de QdV, constata-se que existem inúmeras definições, todavia, não parece existir uma definição universalmente aceite (Leighton & Reid, 1993; McCarthy, 1995) já que o conceito é muitas vezes confundido com outros, como a felicidade e o bem-estar, muitas vezes usados como termos equivalentes ou análogos (Bowling, 1995). Assim, a QdV é definida de múltiplas formas e significa diferentes coisas para diferentes autores (Ribeiro, 1994).

No entanto, um marco na história do conceito de QdV surge após a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), para se encarar a saúde numa perspectiva positiva (Silva, 2003).

Em 1993, a OMS propôs uma definição para QdV:

Percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio (p. 125).

Compreende-se, portanto, a natureza multidimensional da QdV, pois reveste-se de diversos domínios ou dimensões, relacionadas entre si. Estes domínios variam, em tipo e em número, em função dos diversos autores (Bowling, 1995; Spilker, 1990).

Namjoshi e Buesching (2001) referem que a QdV é um conceito multidimensional que integra uma dimensão física, emocional e de bem-estar espiritual, sendo que essa multidimensionalidade vai ao encontro da própria noção de saúde, enquanto um conceito holístico.

Diversos investigadores concordam que a medida de QdV deve incluir pelo menos três dos seguintes domínios: preocupações somáticas (dor, energia), habilidade funcional, bem-estar familiar, espiritualidade, satisfação com o tratamento, expectativas futuras, sexualidade e imagem corporal, funcionamento social e ocupacional (Bowling, 1995; Patrick & Deyo, 1989; Spilker, 1990).

Segundo Bowling (1995), a literatura cobre uma vasta gama de domínios: habilidade funcional (doméstico, trabalho profissional), grau e qualidade das interações sociais e comunitárias, bem-estar psicológico, sensações somáticas (dor) e satisfação com a vida. Já Spilker (1990) refere que se deve ter em consideração dois grandes aspectos da QdV: os aspectos ambientais e a saúde. Patrick e Deyo (1989) consideram que a QdV abrange cinco domínios: duração da vida, limitações, estados funcionais, percepções e oportunidades funcionais.

Desta forma, pode-se concluir que o número de domínios da QdV é variável e depende de autor para autor, existindo, no entanto, um acordo entre a maioria dos autores, quanto a considerar a QdV como um conceito multidimensional (Bowling, 1995; Patrick & Deyo, 1989).

Ao se analisar o conceito de QdV, torna-se claro, então, que ele inclui componentes de carácter objectivo e componentes de carácter subjectivo. Assim sendo, a QdV de uma determinada pessoa está dependente de factores exógenos (i.e., objectivos) da sua vida e da percepção endógena (i.e., subjectiva) que a pessoa tem desses factores e de si própria (Evans, 1994).

Assim, ao avaliar a QdV tenta-se medir, de forma combinada, os efeitos dos factores objectivos e subjectivos no bem-estar humano (Evans, 1994). Evans considera que as medidas objectivas, ou indicadores sociais, representam, num sentido amplo do termo, o padrão de vida do indivíduo representado e as condições verificáveis e inerentes a uma dada unidade cultural. Segundo este autor, a QdV subjectiva tem sido definida como o grau em como a vida do indivíduo é percebida internamente, ou seja, encontra-se relacionada com a avaliação que a pessoa faz acerca da sua saúde e bem-estar.

Parece unânime por parte dos investigadores considerar que a QdV é um conceito multidimensional que envolve tanto factores objectivos (que incluem a funcionalidade, a competência cognitiva e a interação do indivíduo com o meio), como factores subjectivos (que incluem o sentimento geral de satisfação e percepção da sua própria saúde). Trata-se igualmente de um conceito dinâmico, que se altera com o tempo (Ribeiro, 1994).

Como referido anteriormente, a QdV é um conceito que se encontra associado à saúde e, por esse motivo, abordar-se-á a QdV neste contexto específico dos cuidadores.

#### **2.4.1. Qualidade de Vida no contexto da saúde**

Embora alguns autores considerem equivalentes os conceitos de saúde e de QdV (Fries & Spitz, 1990), geralmente aceita-se que estes dois conceitos são diferentes (Bergner, 1985). Em contexto de saúde e doenças, a saúde emerge como um indicador da QdV (Cramer, 1994). Ou seja, a saúde é um componente determinante da QdV, embora se reconheça que esta dependa de outros domínios para além da saúde. Por exemplo, no estudo de Campbel, Converse e Rodgers (1976), verifica-se que, dos 12

domínios que foram encontrados na sua investigação sobre a QdV dos americanos, a saúde era o melhor preditor da QdV.

Pode-se considerar a saúde como uma dimensão dinâmica da QdV, a partir do momento em que a OMS define a saúde como um “estado de bem-estar físico, mental e social, total e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”, tendo esta definição sido alargada, passado algum tempo, de modo a reflectir a “extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (Miguel, Carvalho, & Baptista, 2000, p. 125).

Neste sentido, pode-se afirmar que existe uma relação entre a QdV e a saúde. Esta associação foi comprovada num estudo efectuado por Evans e Cope, em 1990 (citados por Miguel et al., 2000), no qual os autores concluíram, através de estudos prospectivos, que uma melhor QdV está directamente relacionada com índices mais elevados de saúde. Os mesmos autores referem, também, que a capacidade de resistência a situações geradoras de stress pode ser influenciada e influenciar o estado de saúde.

Baum e Grunberg, em 1991 (citados por Miguel et al., 2000), afirmaram que as respostas ao stress podem comprometer o estado de saúde. Segundo Weisse, em 1992 Herbert e Cohen, em 1993 (citados por Miguel et al., 2000), uma das razões que predispõe os indivíduos para as doenças são os estados emocionais negativos, pelo facto destes provocarem alterações do sistema imunológico, tornando, deste modo, o sujeito mais vulnerável a agentes causadores de doenças.

Sendo assim, pode-se dizer que quando se fala de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), está-se perante um conceito de QdV dependente da doença, i.e., das suas representações, crenças, consequências e preconceitos, bem como da auto-

apreciação que o sujeito faz do seu “eu” doente, das emoções desencadeadas, dos sintomas existentes ou supostos e dos tratamentos (Ribeiro, 1994).

Hermann (1995, cit. por Ribeiro, 1994) define este conceito mais específico como o impacto da doença e do tratamento no doente, o que implica que ele só possa ser utilizado em indivíduos com o mesmo tipo de patologia e não outras, porque as técnicas de avaliação são direccionadas, exclusivamente, para as características únicas de determinada doença (sintomas, características do tratamento, efeitos do tratamento).

Assim, tal como refere Meneses (2005), nos contextos clínicos a avaliação da QdV, em combinação com outras medidas médicas e psicológicas com um carácter mais objectivo, poderão fornecer uma imagem mais completa do estado funcional global do paciente.

Por conseguinte, quando se aborda o conceito de QdVRS, em relação a um determinado paciente, deve-se ter em consideração que qualquer aspecto da vida está quase sempre relacionado com a saúde. Isto porque os doentes dão uma importância muito grande à saúde. Na avaliação da QdV global, a percepção individual do estado geral de saúde é, frequentemente, o mais importante em relação a todas as outras vivências. De facto, estudos de grande dimensão, realizados para encontrar factores preditivos da satisfação com o estado de saúde e do bem-estar geral demonstraram que a percepção individual do estado de saúde era o factor mais importante: explicavam 53% da variação das respostas sobre a felicidade; 68% da variação das pontuações sobre a satisfação global com a vida; e 63% da variação da satisfação com a QdV global (Campbell, 1981; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993; Michalos, Zumbo, & Hubley, 2000).

A maioria dos autores refere que o conceito de QdVRS inclui as seguintes dimensões: estado físico e desempenho; estado psicológico e bem-estar; interacções sociais e factores económicos e/ou vocacionais (Cramer & Spilker, 1998).

No entanto, Cella e Tulskey (1990) alargam o número de dimensões e propõem as seguintes: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho social, vida familiar, desempenho ocupacional, comunicação, alimentação, capacidade funcional, estado físico, satisfação com o tratamento, orientações futuras e aspecto geral do estado de saúde e da vida.

Saxena, Carlson, Billington e Orley (2001) estudaram a QdV em vários países no sentido de realizarem uma comparação sobre a importância dada a determinados aspectos em detrimento de outros. Os resultados deste estudo sugeriram que a comparação realizada em função do sexo mostrou que, a maior parte dos itens do instrumento WHOQOL-bref, são votados como mais importantes por parte das mulheres, enquanto o item relativo à vida sexual é cotado como mais importante por parte dos homens.

No que concerne à idade, Saxena et al. (2001) constataram que os mais novos eram aqueles que valorizavam mais itens do WHOQOL-bref relacionados com aspectos psicológicos, sociais e de trabalho. Todavia, os adultos mais velhos valorizaram mais os itens relacionados com o contexto, ajuda social adequada, transporte, segurança física, adequado cuidado com a saúde e actividades de vida diárias.

McCall, Cohen, Reboussin e Lawton (1999), num estudo em que procuraram relacionar os défices de QdV e a depressão, constataram que quer a idade quer a gravidade da depressão, eram preditores de uma QdV menor; e a idade e a depressão encontravam-se relacionadas negativamente com a QdV.

O impacto da QdV sobre o indivíduo difere de acordo com a idade, com o seu grau de escolaridade e com a sua tradição cultural (Badoux & Mendelsohn, 1994; Bullinger, Anderson, Cella, & Aaronson, 1993; Capitán, 1996; Esteve & Roca, 1997; Farquhar, 1995; Hofer, Chasiotis, & Campos, 2006; Vieitez & Pedro, 1995).

São poucos os estudos existentes sobre a QdV do prestador de cuidados informais. Os existentes, focalizam-se na caracterização sócio-demográfica destes cuidadores (Inouye, Pedrazzani, & Pavarinis, 2008) e, muito resumidamente, são focalizados aspectos relacionados com a sua QdV, sendo mais comum, encontrarmos estudos que se focalizam nos aspectos caracterizadores daquilo que se designa a sobrecarga do cuidador (Braithwaite, 1992, 2000; George & Gwyther, 1986; Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Whitlatch, Schur, Noelker, Ejaz, & Looman, 2001), a importância das percepções que estes têm sobre a QdV da pessoa cuidada (Becchi, Rucci, Placentino, Neri, & Girolamo, 2004; Epstein, Hall, Tognetti, Son, & Conant, 1989; Oliveira & Pimentel, 2006; Pimentel & Oliveira, 2005; Stancliffe, 2000; Wilson, Dowling, Abdoell, & Tannock, 2000) e a QdV dos indivíduos com debilidades diversas ao nível da saúde (Becchi et al., 2004; Blasco & Rodríguez, 1995; Pimentel & Oliveira, 2005).

No que se refere à QdV dos cuidadores informais importa referir que ser cuidador exige tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até a personalidade do idoso podem exigir uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório.

Inouye et al. (2008) realizaram um estudo sobre idosos com mais de 80 anos e seus cuidadores, com intuito de recolher informação que possibilitasse a promoção do bem-estar e QdV de ambos. Os principais resultados encontrados através de análises correlacionais mostram que a percepção de bem-estar do idoso acompanha a percepção do cuidador.

Esta actividade alberga o zelar pelo bem-estar da pessoa cuidada, pela sua saúde, alimentação, higiene, cultura, recreação, educação, entre outros. Nem sempre se revela uma tarefa fácil, pois obriga o assumir de um conjunto de responsabilidades e de deveres (Cerqueira, 2005; Mendes, 1998).

Todavia, estes cuidadores informais possuem, também, a sua própria vida, os seus problemas pessoais, de saúde, entre outros, dos quais não se podem separar e, muitas vezes, não possuem consciência deles (Neri, 1003).

Muitas vezes, o que se denota é que o próprio cuidador precisa, ele próprio de apoio e ajuda. Por isso, Neri e Sommerhalder (2002) referem que o cuidador necessita de ser alvo de orientação na forma como deverá proceder nas situações mais difíceis e ter um apoio de profissionais para cuidador do idoso. Este apoio é fundamental para ajudá-lo na mudança do seu estilo de vida, já que, para além de ser responsável pelo idoso, é igualmente responsável pelo seu bem-estar. Além disso, pode não demonstrar ou mesmo não perceber que ele próprio necessita de um apoio e de ajuda, pois cada pessoa reage de forma diferente face às situações potenciadoras de stress.

O peso de cuidar não se encontra associado apenas às alterações comportamentais da pessoa cuidada, mas também se associa à reduzida disponibilidade de suporte social, disfunção ou dificuldades do idoso na realização de tarefas rotineiras e insatisfação do cuidador com a assistência recebida de parentes e amigos. Pode, ainda, estar associado às horas necessárias para o cuidado diário, quando o nível de adaptabilidade do cuidador é baixo e a relação pré-morbida da dupla idoso/cuidador adquire significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, económico e cultural necessita de ser analisado e esclarecido (Mendes, 2002).

A transição demográfica e o aumento da expectativa de vida da população acarretam um aumento do número de idosos que, muitas vezes, dependem da ajuda de

outras pessoas para realizar as actividades quotidianas. Isto pode levar igualmente a um aumento do número de cuidadores informais, que necessitam de suporte do sistema oficial de saúde, pois geralmente entregam-se ao cuidado do outro e não percebem a necessidade de se cuidarem, afastando-se do convívio social, além de abandonarem as actividades de lazer (Duarte, 1997; Leitão & Almeida, 2000).

Cuidar também pode levar a situações de stress, como já referido, pela necessidade de realizar actividades que estão acima das condições físicas e mentais do cuidador (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

Rezende et al. (2005) realizaram um estudo para avaliar a frequência de ansiedade e depressão em cuidadores principais de mulheres em fase terminal de cancro de mama e genital. Neste estudo participaram 133 cuidadores e os principais resultados obtidos através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) sugeriram valores elevados de ansiedade e de depressão nestes cuidadores, evidenciando uma relação entre o sofrimento do cuidador e o sofrimento do paciente, com consequências directas para ambos. A depressão e a ansiedade no cuidador poderá desencadear ansiedade e depressão na pessoa cuidada, e vice-versa. Estas constatações reforçam a ideia de que o cuidar é um processo complexo, influenciando e sendo influenciado pelo contexto do adoecer e do morrer. Também neste estudo ainda se verificou que a idade do cuidador, o parentesco com o paciente, o estado conjugal, a ocupação profissional, a existência de apoio externo e outras dificuldades do cuidador, não se encontraram associadas com a ansiedade e a depressão e que, apenas o facto de o cuidador ser homem e marido do paciente, se associa com a menor frequência de ansiedade.

Em suma, neste capítulo procurou-se enquadrar a família cuidadora e nos seus aspectos constitutivos, nomeadamente, a diferenciação entre o cuidar e o cuidador, o perfil do cuidador em função do sexo, da idade, do grau de parentesco, do estado civil,

da coabitação e do emprego. Foi ainda focalizado o stress e o *Burnout* que caracteriza a actividade destes cuidadores, bem como a sua qualidade de vida.

Em seguida, apresentaremos o estudo empírico conduzido, cujo objectivo é analisar o *Burnout* e a Qualidade de Vida nos prestadores de cuidados informais.

## **CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO**

### **3.1. Objectivos e Variáveis**

Este estudo possui como objectivo principal analisar os indicadores de *Burnout* e de QdV em prestadores de cuidados a doentes acamados.

Foram considerados os seguintes objectivos específicos:

- a) Descrever a QdV dos cuidadores;
- b) Descrever o *Burnout* dos cuidadores;
- c) Analisar a relação entre *Burnout* e QdV em prestadores de cuidados informais;
- d) Averiguar a relação entre QdV, idade e escolaridade;
- e) Averiguar a relação entre *Burnout*, idade e escolaridade;
- f) Analisar os preditores da QdV;
- g) Analisar os preditores do *Burnout*;
- h) Analisar se existem diferenças ao nível da QdV em função do sexo, estado civil, diagnóstico de doença e padrão de sono;
- i) Analisar se existem diferenças ao nível do *Burnout* em função do sexo, estado civil, diagnóstico de doença e padrão de sono.

As variáveis principais do presente estudo são a QdV e o *Burnout*. Quanto às variáveis secundárias, estas são constituídas pela idade, sexo (operacionalizada em masculino e feminino), escolaridade, estado civil (operacionalizada em solteiro, casado e separado/viúvo), diagnóstico de doença (operacionalizada em sim e não) e padrão de sono (operacionalizada em sim e não).

## 3.2. Método

### 3.2.1. Participantes

Foi avaliada uma amostra não probabilística constituída por 74 indivíduos que possuem a seu cargo a responsabilidade de um familiar idoso acamado, ou semi-acamado (indivíduo que tenha diminuição das faculdades necessárias para desenvolver as suas actividades de vida diárias). Estes participantes pertencem todos ao concelho de Vila Real.

A caracterização dos participantes está subdividida em função de variáveis sócio-demográficas e de variáveis clínicas. Assim, as características sócio-demográficas dos participantes encontram-se espelhadas no Quadro 5.

Quadro 5  
*Caracterização Sócio-Demográfica dos Cuidadores*

| Característica            | <i>n</i> | %           |
|---------------------------|----------|-------------|
| <b>Sexo</b>               |          |             |
| Masculino                 | 8        | 10,8        |
| Feminino                  | 66       | <b>89,2</b> |
| <b>Escolaridade</b>       |          |             |
| Não sabe ler nem escrever | 4        | 5,4         |
| Saber ler e escrever      | 11       | 14,9        |
| 1º ao 4º ano              | 29       | <b>39,2</b> |
| 5º ao 6º ano              | 12       | 16,2        |
| 7º ao 9º ano              | 10       | 13,5        |
| 10º ao 12º ano            | 5        | 6,8         |
| Estudos Universitários    | 3        | 4,1         |
| Formação pós-graduada     | -        | -           |
| <b>Estado Civil</b>       |          |             |
| Solteiro                  | 8        | 10,8        |
| Casado/União de facto     | 62       | <b>83,8</b> |
| Separado/Divorciado/Viúvo | 4        | 5,4         |

Pela observação do mesmo, verifica-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino, possui o 1º ciclo de escolaridade e é casado ou vive em união de facto. Apresentaram ainda idades compreendidas entre os 24 e 86 anos ( $M=50,85$ ;  $DP=14,451$ ). Pela análise dos restantes elementos constitutivos dos questionários, verificou-se que a maioria dos inquiridos reside em Vila Real e possui a profissão de doméstica.

Pela análise do Quadro 6 podemos verificar que, grande parte dos inquiridos actualmente não se encontra doente e, não possui qualquer acompanhamento médico. Para além disso, a maioria costuma acordar durante a noite.

Quadro 6  
*Caracterização Clínica dos Cuidadores*

| Característica                          | <i>n</i> | %           |
|---|----------|-------------|
| <b>Está actualmente doente?</b>         |          |             |
| Sim                                     | 19       | 25,7        |
| Não                                     | 55       | <b>74,3</b> |
| <b>Regime de Tratamento</b>             |          |             |
| Com apoio médico                        | 18       | 24,4        |
| Sem apoio médico                        | 56       | <b>75,7</b> |
| <b>Costuma acordar a meio da noite?</b> |          |             |
| Sim                                     | 66       | <b>89,2</b> |
| Não                                     | 8        | 10,8        |

Verifica-se que, os 25,7% dos inquiridos que actualmente se encontram doentes, estão doentes, em média há 2,12 meses ( $DP=5,152$ ); uma média de 21,73 ( $DP=4,079$ ) horas de sono semanais (oscilando entre o mínimo de 5 horas e o máximo de 24 horas) e uma média de 6,45 ( $DP=2,088$ ) horas de sono, por noite (oscilando entre 1 a 12 horas). Verificou-se ainda que as principais queixas de saúde são relativas a problemas de coluna e depressão. Por fim, ainda se constatou que, grande parte dos inquiridos, coabita com 3 ou 4 pessoas (57,5%) e que possui quarto próprio na sua residência (78,4%).

### 3.2.3. Material

Neste estudo, optou-se por utilizar o questionário como instrumento privilegiado de recolha de informação. Neste sentido, o instrumento utilizado pode ser sub-dividido em três partes: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico elaborado para o efeito (Anexo A), o *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref* - Anexo B) e o *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI* – Anexo C).

**Questionário Sócio-Demográfico:** Este questionário integrou algumas questões sócio-demográficas como: a idade, o sexo, a escolaridade e o estado civil, recolhendo-se igualmente informação sobre as seguintes variáveis: Padrão de Sono (*a que horas costuma deitar-se; quantas horas dorme, em média, por noite e; costuma acordar a meio da noite?*) e Coabitação (*quantas pessoas habitam a casa onde mora? e; tem um quarto só para si?*).

**World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref):** Trata-se de uma versão mais reduzida do *WHOQOL-100*, com aproximadamente uma década de existência (Skevington, Lotly, & O'Connell, 2004), desenvolvido pela OMS num projecto com 15 países diferentes, envolvendo um grupo de peritos de culturas diferentes (The WHOQOL Group) que trabalharam e debateram o conceito de QdV e sua avaliação, com objectivo de desenvolverem um instrumento fidedigno, válido e sensível.

O *WHOQOL-bref* possui 26 itens, sendo duas questões gerais de QdV (*Avaliação Global da QdV e Satisfação com a Saúde*) e 24 questões representantes de cada uma das facetas que compõem o instrumento original (Skevington et al., 2004).

A versão reduzida deste instrumento possui 4 domínios da QdV:

- a) Domínio Físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18);
- b) Domínio Psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 16);
- c) Domínio Social (itens 20, 21 e 22) e;
- d) Domínio Ambiental (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) (The *WHOQOL* Group, 1998).

São 4 escalas utilizadas no *WHOQOL-bref*, tipo *Likert* com 5 pontos de intervalo, desenhadas e testadas para medir a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação.

Os itens questionam como os inquiridos sentem as situações descritas nos itens, nas duas últimas semanas (Skevington et al., 2004).

Relativamente à cotação do questionário, os domínios com 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo que os resultados são transformados numa escala entre 0 e 100, para que seja possível a comparação entre os domínios compostos por um número desigual de itens. Parte-se do princípio que quanto maior a pontuação obtida, melhor a QdV (Skevington et al., 2004).

Relativamente às qualidades psicométricas do *WHOQOL-bref*, verificaram-se bons resultados, no que respeita à distribuição das respostas aos itens, fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de construto, no entanto, existem algumas áreas que necessitam de mais atenção em estudos posteriores (Skevington et al., 2004).

Por um lado, alguns itens não discriminam bem entre os domínios e dois itens apresentam fortes correlações com outro domínio relativamente ao seu próprio domínio (Skevington et al., 2004). Estes factores não se verificaram no desenvolvimento do *WHOQOL-100*, logo, é possível que esta versão mais reduzida possa trazer variações em função do contexto, sendo por isso importante, futuras investigações neste contexto (Skevington et al., 2004).

Em Portugal, o estudo de validação do *WHOQOL-bref* para português foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2007).

Os autores supra-citados afirmaram que “as informações relativas à precisão e validade da versão do WHOQOL-bref para português evidenciam um bom desempenho psicométrico, tornando a prova, uma medida adequada para avaliação da qualidade de vida em Portugal” (p. 97).

Canavarro et al. (2007) sublinham que a versão para português do WHOQOL-bref revelou alguma fragilidade ao nível da consistência interna do domínio Relações Sociais, à semelhança do que acontece noutros centros internacionais. Tal facto, poderá dever-se ao facto de este domínio se basear apenas em três itens, um número menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

***Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)***: este instrumento foi construído e validado por Martins et al. (2004) tendo como finalidade avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes acamados. O QASCI possui 35 itens, avaliados através de uma escala ordinal que varia de 1 a 5. Todos os itens são cotados directamente, com a excepção de 10 itens, que são cotados inversamente, para que as cotações mais elevadas correspondessem a situações de maior peso ou sobrecarga.

Os autores analisaram as qualidades psicométricas do questionário através da análise da adequação da escala (através de uma análise factorial, seguida de rotação ortogonal Varimax), da consistência interna (através do coeficiente alfa de *Cronbach*) e da validade concorrente (correlação com outras medidas, nomeadamente HADS, SF-36, Índice de *Barthel* e FAI).

Os resultados da análise factorial sugerem a existência de 7 factores responsáveis por 59% da variância total dos resultados. A análise da validade convergente//discriminante realizada através da correlação de *Pearson* entre os itens e as diferentes subescalas, com correcção para sobreposição, confirma na quase totalidade

da estrutura factorial sugerida. A consistência interna da escala global foi de 0,90 e as diferentes subescalas apresentaram valores compreendidos entre 0,57 e 0,89 (Martins et al., 2004).

A validade concorrente realizada através das correlações entre o QASCI e o SF-36 foram moderadas e altas, mais marcadas na componente mental do SF-36 e menos nas componentes positivas do QASCI. Os comportamentos de ansiedade e de depressão avaliados através da HADS apresentam também correlações moderadas com o QASCI. A incapacidade funcional do familiar, avaliada através da escala de *Barthel* e FAI correlacionam-se, essencialmente, com os componentes implicações na vida pessoal do cuidador, reacções a exigências e percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo (Martins et al., 2004).

Em suma, Martins e al. (2004) referem que o QASCI é um instrumento que reúne critérios de validade e fidelidade para avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. Apenas a subescala *Mecanismos de Eficácia e de Controlo*, apresenta valores de consistência interna abaixo de 0,70 ( $\alpha=0,57$ ), ainda que tal possa envolver o facto de apenas integrar 3 itens.

### **3.3. Procedimento**

O procedimento de administração dos instrumentos iniciou com o pedido de autorização à Sub-Região de Vila Real, assim como aos Directores dos respectivos Centros de Saúde e Enfermeiros-chefe.

Após concedida essa autorização foi pedida ajuda à Equipa de Enfermagem destacada para a administração do instrumento, tendo-se explicitado o objectivo da investigação, os procedimentos de administração (ordem dos questionários, sendo

primeiro a administração do questionário sócio-demográfico, seguido do WHOQOL-bref e do QASCI) e a natureza voluntária da participação dos cuidadores informais.

Estes cuidadores que participaram no presente estudo, encontram-se inscritos nos Centros de Saúde pertencentes à Sub-região de Saúde de Vila Real e cuidam dos seus familiares idosos acamados ou semi-acamados no domicílio. Assim sendo, o critério de inclusão de referência seria o facto de possuir a referida inscrição e encontrarem-se, efectivamente no período de administração do instrumento, a realizar a actividade enquanto cuidadores.

A todos os cuidadores que participaram na presente investigação foi-lhes comunicado o objectivo da investigação e o carácter voluntário da mesma. Foram igualmente informados sobre a confidencialidade dos dados recolhidos. A administração foi realizada individualmente, nos Centros de Saúde respectivos, após o consentimento informado dos participantes, obtido por escrito. À medida que os cuidadores concluíam a sua participação, os questionários eram recolhidos e entregues ao Enfermeiro-chefe de cada unidade de saúde, que os entregou posteriormente à investigadora.

Os dados foram informatizados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.

### **3.4. Resultados**

#### **3.4.1. Resultados Descritivos**

Os principais resultados descritivos apresentados no Quadro 7 mostram que, ao nível da QdV, a pontuação média obtida mais elevada foi no domínio *Ambiental* ( $M=45,29$ ;  $DP=6,53$ ) e a mais baixa foi no domínio *Social* ( $M=41,70$ ;  $DP=6,29$ ).

## Quadro 7

*Resultados descritivos do WHOQOL-bref*

| <b>Instrumento e dimensões</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> |
|--------------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| WHOQOL-bref Físico             | 42,15    | 7,39      | 12         | 77         |
| WHOQOL-bref Psicológico        | 40,43    | 5,62      | 4          | 29         |
| WHOQOL-bref Social             | 41,70    | 6,29      | 3          | 50         |
| WHOQOL-bref Ambiental          | 45,29    | 6,53      | 15         | 50         |

No que diz respeito às duas questões gerais que não são contabilizadas nos domínios, os dados obtidos permitem-nos afirmar que, relativamente ao item “Avaliação Global da QdV”, 4,1% dos cuidadores avalia a sua QdV como “Má”, 52,7% respondeu “Nem boa, Nem má”, 21,6% dos cuidadores classificou a sua QdV como “Boa” e 6,8% como “Muito Boa”. Relativamente ao item “Satisfação com a Saúde”, 27% dos cuidadores referem estar “Insatisfeito” com a saúde, 25,7% “Nem satisfeito Nem Insatisfeito”, 32,4% afirmam-se “satisfeitos” com a sua saúde e 13,5% “Muito Satisfeito”.

Quanto ao QASCI, o Quadro 8 mostra que a pontuação média obtida mais elevada foi na dimensão *Implicações na Vida Pessoal* ( $M=33,43$ ;  $DP=10,85$ ), enquanto a pontuação mais baixa foi encontrada na dimensão *Sobrecarga Financeira* ( $M=4,99$ ;  $DP=2,49$ ).

## Quadro 8

*Resultados descritivos do QASCI*

| <b>Instrumento e dimensões</b>    | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> |
|-----------------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Sobrecarga Emocional              | 10,57    | 3,60      | 4          | 20         |
| Implicações na Vida Pessoal       | 33,43    | 10,85     | 11         | 55         |
| Sobrecarga Financeira             | 4,99     | 2,49      | 2          | 10         |
| Reações e Exigências              | 11,14    | 4,55      | 5          | 25         |
| Mecanismos de Eficácia e Controlo | 11,61    | 6,46      | 3          | 61         |
| Suporte Familiar                  | 6,64     | 2,50      | 2          | 10         |
| Satisfação com Papel e Família    | 20,76    | 4,55      | 5          | 25         |
| QASCI Total                       | 99,12    | 19,62     | 32         | 160        |

**3.4.2. Resultados Correlacionais e de Regressão Linear**

Procurou-se analisar as correlações existentes entre a QdV, *Burnout* e respectivas dimensões. O Quadro 9 mostra os resultados obtidos.

## Quadro 9

*Análises correlacionais entre a QdV e o Burnout*

| Instrumento e dimensões           | QdV Físico | QdV Psicológico | QdV Social | QdV Ambiental | Avaliação Global da QdV | Satisfação com a Saúde |
|-----------------------------------|------------|-----------------|------------|---------------|-------------------------|------------------------|
| <i>Burnout</i> Total              | -0,11      | -0,47**         | -0,44**    | -0,31**       | -0,38**                 | -0,27**                |
| Sobrecarga Emocional              | -0,17      | -0,35**         | -0,27**    | -0,46**       | -0,46**                 | -0,46**                |
| Implicações na Vida Pessoal       | -0,19      | -0,19           | -0,13      | -0,23*        | -0,50**                 | -0,42**                |
| Sobrecarga Financeira             | -0,10      | -0,18           | -0,14      | -0,50**       | -0,48**                 | -0,30**                |
| Reacções e Exigências             | 0,10       | -0,13           | -0,08      | -0,17         | -0,17                   | -0,04                  |
| Mecanismos de Eficácia e Controlo | 0,02       | 0,24*           | 0,04       | 0,19          | 0,20                    | 0,22                   |
| Suporte Familiar                  | 0,01       | 0,22*           | 0,12       | 0,15          | 0,25*                   | 0,11                   |
| Satisfação com Papel e Família    | 0,21       | 0,11            | 0,07       | 0,13          | -0,10                   | 0,03                   |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Pela análise do Quadro 9 verifica-se que, relativamente ao domínio *Físico* da QdV, não foram encontradas correlações com o *Burnout* e suas dimensões.

Quanto ao domínio *Psicológico*, denota-se que este se encontra inversa e significativamente correlacionado com o total de *Burnout* e com a subescala *Sobrecarga Emocional*. São ainda encontradas correlações positivas significativas com a subescala *Mecanismos de Eficácia e Controlo* e *Suporte Familiar*.

Quando se analisa o domínio *Social* da QdV verifica-se que este se encontra inversa e significativamente correlacionado com o total de *Burnout* e com a subescala *Sobrecarga Emocional*, não se encontrando correlações com as restantes subescalas.

Relativamente ao domínio *Ambiental* da QdV denotam-se correlações inversas e significativas com o total de *Burnout* e com as subescalas *Sobrecarga Emocional*, *Implicações na Vida Pessoal* e *Sobrecarga Financeira*.

No que concerne ao item *Avaliação Global da QdV*, verificam-se correlações inversas significativas com o total de *Burnout* e com as subescalas *Sobrecarga Emocional*, *Implicações na Vida Pessoal* e *Sobrecarga Financeira*. São ainda encontradas correlações positivas significativas com a subescala *Suporte Familiar*.

Por fim, no que diz respeito ao item *Satisfação com a Saúde*, denotam-se correlações inversas significativas com o total de *Burnout* e com as subescalas *Sobrecarga Emocional*, *Implicações na Vida Pessoal* e *Sobrecarga Financeira*.

### 3.4.2.1. Resultados correlacionais com a idade e a escolaridade

Procurou-se analisar as correlações existentes entre a QdV e a idade dos cuidadores inquiridos, conforme se analisa no Quadro 10.

Quadro 10

*Análises correlacionais da QdV e Idade*

| <b>Instrumento e dimensões</b> | <b>Idade</b> |
|--------------------------------|--------------|
| QdV (Físico)                   | -0,23*       |
| QdV (Psicológico)              | -0,26*       |
| QdV (Social)                   | -0,11        |
| QdV (Ambiental)                | -0,27**      |
| Avaliação Global da QdV        | -0,39**      |
| Satisfação com a Saúde         | -0,38**      |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

O Quadro 10 mostra que existem correlações negativas significativas entre a idade e os domínios *Físico*, *Psicológico* e *Ambiental*, bem como a *Avaliação Global da QdV* e a *Satisfação com a Saúde*. Estes resultados significam que, quanto maior for a idade, pior a QdV *Física*, *Psicológica* e *Ambiental*, assim como a percepção global da QdV e a satisfação com a saúde. Não foram, todavia, encontradas correlações significativas entre a idade e a QdV *Social*.

Relativamente ao *Burnout*, o Quadro 11 mostra os resultados obtidos.

Quadro 11

*Análises correlacionais do Burnout e Idade*

| <b>Instrumento e dimensões</b>    | <b>Idade</b> |
|-----------------------------------|--------------|
| Sobrecarga Emocional              | 0,38**       |
| Implicações na Vida Pessoal       | 0,31**       |
| Sobrecarga Financeira             | 0,18         |
| Reacções e Exigências             | 0,15         |
| Mecanismos de Eficácia e Controlo | -0,13        |
| Suporte Familiar                  | 0,02         |
| Satisfação com Papel e Família    | 0,01         |
| <i>Burnout</i> Total              | 0,26**       |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

Ao se analisarem as correlações existentes entre o *Burnout* e a idade dos cuidadores, verifica-se, pela análise do Quadro 11 que quanto maior a idade, maior também a *Sobrecarga Emocional e Implicações na Vida Pessoal*, bem como maior *Burnout*. Não foram encontradas correlações significativas entre a idade e a *Sobrecarga Financeira, Reacções e Exigências, Mecanismos de Eficácia e Controlo, Suporte Familiar e Satisfação com Papel e Família*.

Relativamente à escolaridade, o Quadro 12 mostra os resultados obtidos.

Quadro 12

*Análises correlacionais da QdV e escolaridade*

| <b>Instrumento e dimensões</b> | <b>Escolaridade</b> |
|--------------------------------|---------------------|
| QdV (Físico)                   | 0,25*               |
| QdV (Psicológico)              | 0,20                |
| QdV (Social)                   | 0,03                |
| QdV (Ambiental)                | 0,22*               |
| Avaliação Global da QdV        | 0,35**              |
| Satisfação com a Saúde         | 0,28**              |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

Pela análise do Quadro 12, verifica-se que quanto maior for a escolaridade, melhor a QdV *Física, Ambiental*, percepção global da QdV e *Satisfação com a saúde*. Não foram encontradas correlações significativas entre a escolaridade e a QdV *Psicológica e Social*.

Relativamente ao *Burnout*, o Quadro 13 apresenta os resultados obtidos.

Quadro 13

*Análises correlacionais do Burnout e escolaridade*

| <b>Instrumento e dimensões</b>    | <b>Escolaridade</b> |
|-----------------------------------|---------------------|
| Sobrecarga Emocional              | -0,17               |
| Implicações na Vida Pessoal       | -0,17               |
| Sobrecarga Financeira             | -0,34**             |
| Reacções e Exigências             | 0,02                |
| Mecanismos de Eficácia e Controlo | 0,09                |
| Suporte Familiar                  | 0,06                |
| Satisfação com Papel e Família    | 0,17                |
| <i>Burnout Total</i>              | -0,08               |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

Pela sua análise, verifica-se que quanto maior for a escolaridade menor *Sobrecarga Financeira* é percebida. Não foram encontradas correlações

significativas entre a escolaridade e a *Sobrecarga Emocional, Implicações na Vida Pessoal, Reacções e Exigências, Mecanismos de Eficácia e Controlo, Suporte Familiar, Satisfação com Papel e Família e Burnout*.

### **3.4.2.2. Resultados de Regressão Linear**

Com recurso às análises multivariadas através de modelos de regressão linear (com método *stepwise*), procuraremos, em seguida, clarificar quais os preditores da QdV e do *Burnout* no presente estudo.

Para tal, consideramos a QdV e o *Burnout* (com suas dimensões), como variáveis dependentes, utilizando o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil, diagnóstico de doença, o regime de tratamento do cuidador e o padrão de sono, como variáveis independentes para a sua explicação.

Ao se regredirem as variáveis da QdV, constata-se pela análise do Quadro 14 que:

- a) O domínio *Físico* da QdV é explicado pela Escolaridade, sendo responsável por cerca de 5% da variância dos resultados;
- b) O domínio *Psicológico* da QdV, é explicado pelas variáveis Idade e Estado Civil, responsáveis por cerca de 10% da variância;
- c) O domínio *Social* da QdV, é explicado pelas variáveis Estado Civil e Padrão de Sono, responsáveis por cerca de 16% da variância;
- d) O domínio *Ambiental* da QdV, é explicado pela variável Regime de Tratamento do cuidador, responsável por 7% da variância;
- e) O item *Avaliação Global da QdV*, é explicado pelas variáveis Idade, Padrão de Sono e Escolaridade, responsáveis por cerca de 24% da variância;

f) O item *Satisfação com a Saúde* é explicado pelas variáveis Diagnóstico de Saúde e Padrão de Sono, responsáveis por cerca de 21% da variância dos resultados.

Quadro 14  
*Preditores da QdV*

| Variáveis regredidas e predictoras | R <sup>2</sup><br>ajustado | $\beta$ | F      | p    |
|------------------------------------|----------------------------|---------|--------|------|
| <b>QdV Físico</b>                  |                            |         |        |      |
| Escolaridade                       | 0,050                      | 0,252   | 4,873  | 0,03 |
| <b>QdV Psicológico</b>             |                            |         |        |      |
| Idade                              | 0,058                      | -0,311  | 5,527  | 0,02 |
| Estado civil                       | 0,104                      | 0,243   | 5,229  | 0,01 |
| <b>QdV Social</b>                  |                            |         |        |      |
| Estado civil                       | 0,109                      | -0,360  | 9,889  | 0,01 |
| Padrão de sono                     | 0,163                      | 0,256   | 8,124  | 0,01 |
| <b>QdV Ambiental</b>               |                            |         |        |      |
| Regime de Tratamento do cuidador   | 0,074                      | 0,294   | 6,740  | 0,01 |
| <b>Avaliação Global da QdV</b>     |                            |         |        |      |
| Idade                              | 0,141                      | -0,234  | 13,018 | 0,01 |
| Padrão de sono                     | 0,200                      | 0,271   | 10,109 | 0,01 |
| Escolaridade                       | 0,240                      | 0,242   | 8,697  | 0,01 |
| <b>Satisfação com a Saúde</b>      |                            |         |        |      |
| Diagnóstico de Saúde               | 0,150                      | 0,373   | 13,913 | 0,01 |
| Padrão de sono                     | 0,216                      | 0,277   | 11,075 | 0,01 |

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01

A regressão das variáveis do *Burnout* mostram, no Quadro 15 que:

- A dimensão *Sobrecarga Emocional*, é explicada pela variável Idade, responsável por cerca de 13% da variância dos resultados;
- A dimensão *Implicações na Vida Pessoal* é explicada pela variável Idade, responsável por cerca de 8% da variância;
- A dimensão *Sobrecarga Financeira*, é explicada pelas variáveis Escolaridade e Sexo, responsáveis por cerca de 16% da variância dos resultados;
- Nas dimensões *Reacções e Exigências*, *Mecanismo de Eficácia e Controlo* e, *Suporte Familiar*, as variáveis independentes consideradas não foram suas predictoras;
- A dimensão *Satisfação com Papel e Família*, é explicada pela variável Estado Civil e Padrão de Sono, responsáveis por cerca de 11% da variância;

f) O *Burnout* total é explicado pela variável Idade, responsável por cerca de 5% da variância dos resultados.

Quadro 15  
*Preditores do Burnout*

| Variáveis regredidas e predictoras      | R <sup>2</sup> ajustado | $\beta$ | F      | p    |
|---|-------------------------|---------|--------|------|
| <b>Sobrecarga Emocional</b>             |                         |         |        |      |
| Idade                                   | 0,135                   | 0,383   | 12,410 | 0,01 |
| <b>Implicações na Vida Pessoal</b>      |                         |         |        |      |
| Idade                                   | 0,085                   | 0,312   | 7,770  | 0,01 |
| <b>Sobrecarga Financeira</b>            |                         |         |        |      |
| Escolaridade                            | 0,105                   | -0,348  | 9,585  | 0,01 |
| Sexo                                    | 0,160                   | -0,255  | 7,933  | 0,01 |
| <b>Reacções e Exigências</b>            | -                       | -       | -      | -    |
| <b>Mecanismo de Eficácia e Controlo</b> | -                       | -       | -      | -    |
| <b>Suporte Familiar</b>                 | -                       | -       | -      | -    |
| <b>Satisfação com Papel e Família</b>   |                         |         |        |      |
| Estado civil                            | 0,064                   | -0,265  | 5,985  | 0,01 |
| Padrão de sono                          | 0,119                   | -0,258  | 5,922  | 0,01 |
| <b>Burnout Total</b>                    |                         |         |        |      |
| Idade                                   | 0,056                   | 0,262   | 5,307  | 0,02 |

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01

### 3.4.3. Resultados diferenciais

As análises diferenciais foram realizadas através de dois testes não paramétricos: Mann-Whitney (U), quando apenas possuímos dois grupos contrastantes e o Kruskal-Wallis (k) quando possuímos mais do que dois grupos contrastantes.

Os resultados diferenciais foram realizados em função do sexo, estado civil, diagnóstico de doença actual e padrão de sono.

#### 3.4.3.1. Resultados diferenciais em função do sexo

Procurou-se analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores da QdV quando a variável sexo é considerada. Assim sendo, o Quadro 16 mostra os resultados obtidos.

Quadro 16

*Diferenças nas médias da QdV em função do sexo*

| Instrumentos e dimensões | Masculino<br>(n=8) | Feminino<br>(n=66) | U     | p     |
|--------------------------|--------------------|--------------------|-------|-------|
|                          | Mean Rank          | Mean Rank          |       |       |
| QdV (Físico)             | 42,63              | 49,30              | 4,327 | 0,03* |
| QdV (Psicológico)        | 49,75              | 48,44              | 1,173 | 0,27  |
| QdV (Social)             | 41,75              | 49,41              | 4,907 | 0,02* |
| QdV (Ambiental)          | 41,06              | 48,96              | 5,104 | 0,02* |
| Avaliação Global da QdV  | 46,63              | 48,82              | 2,731 | 0,09  |
| Satisfação com a Saúde   | 41,19              | 48,27              | 0,834 | 0,36  |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Ao se analisar o Quadro 16, verifica-se que são os cuidadores do sexo feminino que possuem uma melhor QdV ao nível *Físico*, *Social* e *Ambiental*, quando comparados os do sexo masculino.

Procurou-se igualmente analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores do *Burnout* quando a variável sexo é considerada. Assim sendo, o Quadro 17 mostra os resultados obtidos.

Quadro 17

*Diferenças nas médias do Burnout em função do sexo*

| Instrumentos e dimensões         | Masculino<br>(n=8) | Feminino<br>(n=66) | U     | p     |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|-------|-------|
|                                  | Mean Rank          | Mean Rank          |       |       |
| Sobrecarga Emocional             | 49,31              | 36,07              | 2,729 | 0,09  |
| Implicações na Vida Pessoal      | 47,69              | 36,27              | 2,017 | 0,15  |
| Sobrecarga Financeira            | 51,19              | 35,84              | 3,811 | 0,05* |
| Reacções e Exigências            | 46,81              | 36,37              | 1,698 | 0,19  |
| Mecanismo de Eficácia e Controlo | 33,75              | 37,95              | 0,277 | 0,59  |
| Suporte Familiar                 | 40,38              | 37,15              | 0,164 | 0,68  |
| Satisfação com Papel e Família   | 46,69              | 36,39              | 1,681 | 0,19  |
| <i>Burnout</i> Total             | 48,88              | 36,12              | 2,512 | 0,11  |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Pela sua análise, verifica-se que são os cuidadores do sexo masculino que possuem uma média superior na subescala *Sobrecarga Financeira* da QdV, quando comparados os do sexo feminino. Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes subescalas.

### 3.4.3.2. Resultados diferenciais em função do estado civil

Procurou-se analisar se existiam variações significativas na QdV quando a variável estado civil é considerada. O Quadro 18 mostra os resultados obtidos.

## Quadro 18

*Diferenças nas médias da QdV em função do estado civil*

| Instrumentos e dimensões | Solteiro<br>(n=8) | Casado<br>(n=62) | Separado/viúvo<br>(n=4) | k     | p    |
|--------------------------|-------------------|------------------|-------------------------|-------|------|
|                          | Mean Rank         | Mean Rank        | Mean Rank               |       |      |
| QdV (Físico)             | 43,75             | 48,60            | 27,88                   | 1,218 | 0,54 |
| QdV (Psicológico)        | 40,50             | 48,91            | 29,63                   | 1,662 | 0,43 |
| QdV (Social)             | 41,63             | 47,11            | 35,25                   | 0,365 | 0,83 |
| QdV (Ambiental)          | 37,38             | 38,71            | 30,13                   | 2,481 | 0,28 |
| Avaliação Global da QdV  | 47,75             | 47,69            | 34,00                   | 0,133 | 0,93 |
| Satisfação com a Saúde   | 41,13             | 47,42            | 31,50                   | 0,582 | 0,74 |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Pela análise do Quadro 18 verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da QdV quando a variável estado civil é considerada.

Procurou-se analisar se existiam variações significativas no *Burnout* quando a variável estado civil é considerada. O Quadro 19 mostra os resultados obtidos.

## Quadro 19

*Diferenças nas médias do Burnout em função do estado civil*

| Instrumentos e dimensões         | Solteiro<br>(n=8) | Casado<br>(n=62) | Separado/viúvo<br>(n=4) | k     | p     |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------|-------|-------|
|                                  | Mean Rank         | Mean Rank        | Mean Rank               |       |       |
| Sobrecarga Emocional             | 30,75             | 37,65            | 48,75                   | 1,901 | 0,38  |
| Implicações na Vida Pessoal      | 30,63             | 37,96            | 44,13                   | 1,228 | 0,54  |
| Sobrecarga Financeira            | 38,69             | 36,44            | 51,50                   | 1,960 | 0,37  |
| Reações e Exigências             | 31,19             | 36,98            | 58,25                   | 4,492 | 0,10  |
| Mecanismo de Eficácia e Controlo | 32,38             | 38,97            | 25,00                   | 2,130 | 0,34  |
| Suporte Familiar                 | 33,88             | 38,14            | 34,88                   | 0,348 | 0,84  |
| Satisfação com Papel e Família   | 53,31             | 36,28            | 24,75                   | 6,090 | 0,04* |
| <i>Burnout</i> Total             | 33,06             | 37,60            | 44,88                   | 0,813 | 0,66  |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Pela análise do referido Quadro verifica-se a existência de diferenças significativas na *Satisfação com Papel e Família*, mais pontuada pelos cuidadores solteiros, por comparação aos restantes.

**3.4.3.3. Resultados diferenciais em função do diagnóstico de doença**

Procurou-se também analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores da QdV quando a variável diagnóstico de doença do cuidador, é considerada. Assim sendo, o Quadro 20 mostra os resultados obtidos.

## Quadro 20

*Diferenças nas médias da QdV em função do diagnóstico de doença*

| Instrumentos e dimensões | Sim<br>(n=19) | Não<br>(n=55) | U     | p      |
|--------------------------|---------------|---------------|-------|--------|
|                          | Mean Rank     | Mean Rank     |       |        |
| QdV (Físico)             | 43,71         | 48,81         | 2,707 | 0,01** |
| QdV (Psicológico)        | 38,00         | 50,78         | 3,599 | 0,01** |
| QdV (Social)             | 36,39         | 41,34         | 0,895 | 0,37   |
| QdV (Ambiental)          | 36,32         | 50,76         | 2,241 | 0,02*  |
| Avaliação Global da QdV  | 36,95         | 51,15         | 2,637 | 0,01** |
| Satisfação com a Saúde   | 32,76         | 52,59         | 2,561 | 0,01** |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Pela análise do Quadro 20 verifica-se que são os cuidadores que referem não possuir actualmente doenças que apresentam maiores indicadores de QdV ao nível *Físico, Psicológico, Ambiental, Avaliação Global da QdV* mais positiva e que assinalam uma maior *Satisfação com a Saúde*.

Ao se analisarem as diferenças nos indicadores do *Burnout* quando a variável diagnóstico de doença do cuidador é considerada, verifica-se, pela análise do Quadro 21 os resultados obtidos.

## Quadro 21

*Diferenças nas médias do Burnout em função do diagnóstico de doença*

| Instrumentos e dimensões         | Sim<br>(n=19) | Não<br>(n=55) | U     | p     |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------|-------|
|                                  | Mean Rank     | Mean Rank     |       |       |
| Sobrecarga Emocional             | 47,13         | 34,17         | 2,274 | 0,02* |
| Implicações na Vida Pessoal      | 47,11         | 34,18         | 2,261 | 0,02* |
| Sobrecarga Financeira            | 45,32         | 34,80         | 1,882 | 0,06  |
| Reacções e Exigências            | 41,05         | 36,27         | 0,839 | 0,40  |
| Mecanismo de Eficácia e Controlo | 31,89         | 39,44         | 1,329 | 0,18  |
| Suporte Familiar                 | 33,87         | 38,75         | 0,863 | 0,38  |
| Satisfação com Papel e Família   | 29,24         | 40,35         | 1,969 | 0,04* |
| <i>Burnout</i> Total             | 44,29         | 35,15         | 1,597 | 0,11  |

\*p&lt;0, 05; \*\*p&lt;0, 01

Os resultados encontrados mostram que são os cuidadores que referem possuir um diagnóstico de doença, que pontuam mais na *Satisfação com Papel e Família*. No entanto, aqueles que referem ser portadores de uma doença apresentam mais indicadores de *Sobrecarga Emocional* e de *Implicações na Vida Pessoal*.

### 3.4.3.4. Resultados diferenciais em função do padrão de sono

Procurou-se igualmente analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores da QdV quando a variável padrão de sono é considerada. Assim sendo, o Quadro 22 mostra os resultados obtidos.

Quadro 22

*Diferenças nas médias da QdV em função do padrão de sono*

| Instrumentos e dimensões | Sim<br>(n=66) | Não<br>(n=8) | U     | p      |
|--------------------------|---------------|--------------|-------|--------|
|                          | Mean Rank     | Mean Rank    |       |        |
| QdV (Físico)             | 45,67         | 52,63        | 2,115 | 0,03*  |
| QdV (Psicológico)        | 47,22         | 49,81        | 0,323 | 0,74   |
| QdV (Social)             | 45,61         | 53,13        | 2,198 | 0,02*  |
| QdV (Ambiental)          | 44,59         | 56,56        | 2,773 | 0,01** |
| Avaliação Global da QdV  | 45,36         | 55,13        | 2,678 | 0,01** |
| Satisfação com a Saúde   | 45,23         | 56,19        | 2,703 | 0,01** |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

Pela análise do Quadro 22 verifica-se que são os cuidadores que possuem um padrão de sono regular (i.e., não acordam durante a noite) que apresentam melhor QdV ao nível *Físico*, *Social* e *Ambiental*. São igualmente estes cuidadores que apresentam uma *Avaliação Global da QdV* mais positiva e que assinalam uma maior *Satisfação com a Saúde*.

Ao se analisarem as diferenças nos indicadores do *Burnout* quando a variável padrão de sono é considerada, verifica-se, pela análise do Quadro 23 mostra os resultados obtidos.

Quadro 23

*Diferenças nas médias do Burnout em função do padrão de sono*

| Instrumentos e dimensões         | Sim<br>(n=66) | Não<br>(n=8) | U     | p     |
|----------------------------------|---------------|--------------|-------|-------|
|                                  | Mean Rank     | Mean Rank    |       |       |
| Sobrecarga Emocional             | 38,98         | 25,25        | 1,713 | 0,08  |
| Implicações na Vida Pessoal      | 38,90         | 25,94        | 1,612 | 0,10  |
| Sobrecarga Financeira            | 38,92         | 25,81        | 1,667 | 0,09  |
| Reacções e Exigências            | 37,67         | 36,06        | 0,201 | 0,84  |
| Mecanismo de Eficácia e Controlo | 38,04         | 33,06        | 0,623 | 0,53  |
| Suporte Familiar                 | 37,69         | 35,94        | 0,220 | 0,82  |
| Satisfação com Papel e Família   | 39,42         | 21,63        | 2,241 | 0,02* |
| <i>Burnout</i> Total             | 38,23         | 31,50        | 0,836 | 0,40  |

\*p<0, 05; \*\*p<0, 01

Pela análise do Quadro 23 verifica-se que são os cuidadores que possuem um padrão de sono regular (i.e., não acordam durante a noite) que se encontram mais

*Satisfeitos com o Papel e Família* quando comparados com aqueles que não possuem um padrão de sono regular.

### **3.5. Discussão**

Os principais resultados agora encontrados permitem tecer algumas considerações. O principal objectivo deste estudo foi analisar a relação entre o *Burnout* e a QdV em prestadores de cuidados.

As análises descritivas permitem sublinhar valores baixos de QdV e de *Burnout*, nomeadamente ao nível psicológico, social e com visíveis repercussões na vida pessoal, o que indicia um desgaste social e psicológico no exercício da sua actividade.

As análises correlacionais realizadas através do *r* de Pearson mostraram que, o domínio *Físico* da QdV não apresentou relações estatisticamente significativas com o *Burnout*, sendo estas relações estatisticamente significativas com o domínio *Psicológico* numa relação inversa, o que se depreende que quanto maior for o desgaste do cuidador e a sobrecarga emocional sentida, menor será a sua QdV *Psicológica*. Da mesma forma, a QdV *Psicológica* encontra-se associada de forma positiva com os *Mecanismos de Eficácia e Controlo* e com o *Suporte Familiar*.

Quanto aos resultados alcançados ao nível da QdV *Social* denotou-se que estes se encontram igualmente relacionados inversamente com o *Burnout*, sugerindo que quanto maior este último indicador e a sobrecarga emocional vivenciada, pior será a QdV *Social* do cuidador.

No que concerne à QdV *Ambiental*, esta mostrou estar relacionada inversamente com o *Burnout*, com a sobrecarga emocional e financeira e com as implicações na vida pessoal.

Sem dúvida que, decorrente destes resultados se constata que o *Burnout*, a sobrecarga financeira e emocional sentida e as implicações para a sua vida estão relacionadas com a avaliação global que o cuidador realiza da sua QdV. Esta, será tanto ou mais positiva quanto maior for a percepção de suporte familiar.

Por sua vez, a satisfação com a saúde revelou estar inversamente correlacionada com *Burnout*, com a sobrecarga emocional e financeira e com as implicações na vida pessoal do cuidador.

Em suma, estes resultados mostram uma associação significativa e negativa entre a QdV e o *Burnout*, nomeadamente ao nível da percepção de uma sobrecarga emocional, sobrecarga financeira e implicações para a sua vida pessoal.

Os resultados agora encontrados que permitem aferir uma relação entre a QdV e o *Burnout* são congruentes com diversos estudos (Mendes, 1998, 2002; Neri & Sommerhalder, 2002). Sem dúvida que o desgaste sentido por parte dos cuidadores tem o seu reflexo em termos emocionais, pois, como já se referiu, o assumir de responsabilidades para cuidar do idoso poderá acarretar uma sobrecarga emocional elevada, na medida em que existe entre ambos, antes de mais, uma proximidade familiar consanguínea e, por outro lado, a própria evolução e alteração do comportamento do idoso nem sempre se revela numa tarefa fácil para o próprio cuidador. Todos estes aspectos acabam por trazer, mais cedo ou mais tarde, implicações para a própria vida pessoal do cuidador e para a sua dimensão social, pois muitas vezes, estes cuidadores negligenciam a rede social de amigos e de pares, por questões de tempo e mesmo de desgaste físico e psicológico. A associar-se a estes aspectos, ainda se integra a sobrecarga financeira que acaba por tomar grande expressão, pois muitas vezes, estes cuidadores informais, não possuem qualquer tipo de apoio financeiro para cuidarem do idoso. Este processo acaba por ser um ciclo vicioso na vida do cuidador, que não

encontrando qualquer tipo de suporte familiar e um conjunto de mecanismos de eficácia e de controlo que lhe permitam lidar de forma adequada com a situação, entram num ponto de ruptura emocional e psicológica, tendo reflexo na percepção que os mesmos possuem da sua QdV.

Ao se analisarem os resultados encontrados ao nível da relação entre a QdV, a idade e a escolaridade, verificou-se que a idade se encontrava relacionada inversamente com a QdV *Física, Psicológica e Ambiental* e, conseqüentemente, com a *Avaliação Global da QdV e a Satisfação com a Saúde*, significando que os cuidadores mais jovens são os que pontuam mais nestes indicadores, enquanto os mais velhos, pontuam menos.

No que diz respeito à relação entre a escolaridade e a QdV os resultados encontrados mostraram uma relação positiva com a QdV *Física e Ambiental*, bem como como os itens de *Avaliação Global da QdV e Satisfação com a Saúde*.

Os resultados encontrados ao nível da relação entre a QdV, a idade e a escolaridade são congruentes com diversos estudos (Badoux & Mendelsohn, 1994; Bullinger et al., 1993; Capitán, 1996; Esteve & Roca, 1997; Farquhar, 1995; Hofer et al., 2006; McCall et al., 1999; Saxena et al, 2001; Vieitez & Pedro, 1995).

De facto, já Saxena et al. (2001) tinham constatado que são os indivíduos mais novos que valorizam mais os itens do WHOQOL-bref relacionados com aspectos psicológicos, sociais e de trabalho. Também McCall et al. (1999) constataram no seu estudo que a QdV se encontrava relacionada com a idade e com a escolaridade dos indivíduos. Outros autores, sugeriram também que a percepção da QdV se encontra intimamente relacionada com a escolaridade dos indivíduos (Badoux & Mendelsohn, 1994; Bullinger et al., 1993; Capitán, 1996; Esteve & Roca, 1997; Farquhar, 1995; Hofer et al., 2006; Vieitez & Pedro, 1995), pois aqueles existem nos indivíduos com escolaridade níveis intelectuais e cognitivos mais desenvolvidos para a compreensão do

mundo à sua volta e para melhor compreensão de si próprios. No entanto, parece unânime que o conceito de QdV, tal como se disse inicialmente, é um conceito multidimensional que acaba por integrar quer aspectos objectivos relacionados com a competência cognitiva, a funcionalidade e a interacção do individuo com o meio, quer aspectos mais subjectivos, que incluem sentimentos gerais de satisfação e de percepção da própria saúde. Por isso, o impacto da avaliação da QdV e a percepção de saúde/doença está condicionado com características pessoais, das quais são destacadas a idade e a escolaridade dos indivíduos.

Ao se analisarem os resultados obtidos no *Burnout* e sua relação com a idade e escolaridade denotou-se uma relação positiva deste construto, da sobrecarga emocional e das implicações na vida pessoal com a idade e uma relação inversa da escolaridade com a sobrecarga financeira.

Estes resultados mostram que são os indivíduos mais velhos que possuem mais indicadores de *Burnout*, possuem uma percepção de maior sobrecarga emocional e, conseqüentemente, implicações na sua vida pessoal. Da mesma forma, os indivíduos com maior escolaridade possuem uma menor percepção de sobrecarga financeira e vice-versa.

Diversos estudos têm sugerido que são as pessoas mais velhas que apresentam maiores indicadores de *Burnout* (Barona, 1996; Benbow, 1998). De facto, os resultados que aqui encontramos referem que os cuidadores mais velhos sentem mais a sobrecarga emocional da sua actividade e, conseqüentemente, implicações para a sua vida pessoal. Como já anteriormente referido, o cuidador é alguém que abdica uma parte da sua vida para a dedicar à pessoa cuidada. Esta actividade para além da responsabilidade que obriga, acarreta igualmente “sacrifícios” pessoais que acabam por conduzir o cuidador a um estado de desgaste emocional. Por conseguinte, se este cuidador é igualmente uma

pessoa de meia-idade, estes sintomas poderão surgir rapidamente. Tal como assinalado anteriormente, existem estudos que mostram que os cuidadores são igualmente pessoas de certa idade e que, precisam, eles próprios de ajuda e de apoio (Nakatani et al., 2003). Por outro lado, a questão da relação inversa entre a escolaridade e a sobrecarga financeira espelha a realidade que muitos cuidadores vivenciam diariamente. Acontece, com frequência, estes cuidadores não possuírem meios económicos para fazer face ao processo de cuidar do idoso, pois, muitas vezes, para levarem a cabo esta actividade, deixaram o seu emprego. Quando estamos perante um cuidador que possui meios financeiros para desempenhar a sua actividade, esta sobrecarga poderá mesmo nem ser sentida. A questão coloca-se, precisamente, diante daqueles que não possuem escolaridade e/ou meios económicos para poderem fazer face às despesas com o idoso. Estes, acabam por ter que encontrar outros meios de subsistência para que a efectiva actividade de cuidar possa ser concretizada. Sem dúvida que esta procura de meios poderá constituir-se numa fonte de stress e consequente sobrecarga financeira para estes cuidadores. Por outro lado, quando o idoso possui uma reforma, poderão sempre fazer uso dela para a sua actividade, no entanto, o que se verifica é que, muitas vezes, esta reforma é deveras incipiente, não podendo ser uma grande ajuda para aliviar a sobrecarga financeira.

Os resultados obtidos através das análises diferenciais, permitem concluir que:

- a) São os cuidadores do sexo feminino que apresentam mais QdV *Física, Social e Ambiental* sendo os do sexo masculino, aqueles que apresentam uma maior percepção de *Sobrecarga Financeira*;
- b) Os cuidadores solteiros são os que apresentam maiores indicadores de *Satisfação com Papel e Família*;

- c) Os cuidadores que, actualmente, não possuem doenças, apresentam melhor QdV ao nível *Físico, Psicológico, Ambiental, Avaliação Global da QdV* mais positiva e assinalam uma maior *Satisfação com a Saúde*. Por conseguinte, são eles que apresentam maior *Satisfação com Papel e Família*. Por outro lado, são os cuidadores que referem possuir actualmente uma doença, que exibem maiores indicadores de *Sobrecarga Emocional* e de *Implicações na Vida Pessoal*.
- d) Os cuidadores que possuem um padrão de sono regular, revelam melhor QdV ao nível *Físico, Social, Ambiental, Avaliação global* mais positiva e maior *Satisfação com a Saúde* e, por conseguinte, mostram maior *Satisfação com Papel e Família*.

Estes resultados acabam por ir ao encontro dos diversos estudos que se têm debruçado sobre a QdV e o *Burnout* (Caldas, 2002; Braithwaite, 1992, 2000; Figueiredo, 2007; George & Gwyther, 1986; Lawton et al., 1989; Lawton et al., 1991; Medeiros, 1998; Pearlin et al., 1990; Sousa, 2004; Whitlatch et al., 2001).

Assim sendo, estes estudos mostram que a maior parte dos cuidadores, talvez decorrente de uma imposição tradicional, pertence ao sexo feminino e, por conseguinte são elas que ganham expressão nesta actividade. Assim sendo, as mulheres que assumem o papel de cuidadoras, acabam por avaliar, globalmente, a sua QdV *Física, Social e Ambiental* de forma mais positiva, quando comparadas com os homens. Estes, por sua vez, possuem uma percepção maior ao nível da *Sobrecarga Financeira*. Sem dúvida que, estas mulheres, muitas delas casadas, ao assumirem a responsabilidade de cuidar do idoso e deixarem o seu trabalho, acabam por acarretar uma despesa adicional para a família, que normalmente, é assegurada pelo seu cônjuge. Por outro lado, denota-se igualmente que os cuidadores solteiros são aqueles que mais satisfeitos se mostram

com o papel que desempenham e com a sua família. Sem dúvida que, o facto de ser solteiro auxilia grandemente o exercício desta actividade, pois o cuidador com este estado civil poderá reorganizar a sua vida muito mais facilmente, quando comparado, por exemplo com um cuidador casado.

Por outro lado, denota-se que são os cuidadores que referem não possuir qualquer doença, não se encontrarem em acompanhamento médico e não possuírem qualquer perturbação ao nível do sono que apresentam melhores indicadores de QdV, avaliam de forma mais positiva a sua QdV Global e apresentam maior Satisfação com a sua saúde. Por contrário, são os cuidadores que apresentam actualmente doenças, que estão sob acompanhamento médico e que possuem uma perturbação ao nível do sono que assinalam uma maior sobrecarga emocional e conseqüentemente, implicações para a sua vida pessoal.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como principal objectivo averiguar a relação entre o *Burnout* e a QdV em prestadores de cuidados informais, bem como analisar a relação destes dois construtos com algumas variáveis independentes, como o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil, a percepção de saúde, o regime de tratamento e o padrão de sono dos cuidadores informais.

Os principais resultados alcançados mostraram, numa primeira instância, a importância dos instrumentos utilizados, i.e., a qualidade e natureza de informação que se consegue recolher, com a sua aplicação. Por outro lado, espelham igualmente, algumas conclusões que se mostraram pertinentes na compreensão quer da QdV destes cuidadores, quer na percepção de *Burnout* por eles vivenciado.

Gostaríamos, no entanto, de reflectir sobre algumas limitações da presente investigação, que poderão constituir-se como ponto de partida para novas e futuras investigações.

Assim, o procedimento estatístico ao qual recorreremos, é justificado pelo facto de, na presente investigação, integrar uma amostra reduzida de cuidadores ( $N=74$ ), o que, nas estatísticas diferenciais acabou por se revelar pouco funcional, na medida em que verificou-se uma distribuição pouco homogénea pelos grupos contrastantes. Se, eventualmente, a amostra pudesse ser ampliada, outro tipo de estatísticas diferenciais poderiam ser utilizadas, nomeadamente estatísticas paramétricas, como o caso do *t* de *Student* e da *Anova One Way*.

Por outro lado, à medida que fomos analisando os resultados obtidos, sentimos que outros instrumentos poderiam ter sido igualmente utilizados, nomeadamente um instrumento de avaliação dos níveis de Ansiedade e de Depressão, pois consideramos

que, muitas vezes, estas duas entidades poderão encontrar-se “mascaradas” no seio dos cuidadores informais. Paralelamente, a utilização de um instrumento que avaliasse a Satisfação com a Vida, nestes cuidadores, poderia ser igualmente uma mais-valia na presente investigação, na medida em que o conceito e QdV é deveras abrangente e multidimensional.

A ideia principal que ficou retida ao longo desta investigação é a necessidade de se atender a um conjunto de medidas funcionais, que devem ser tomadas em consideração junto dos cuidadores de idosos.

Sem dúvida que, muitas vezes, estes cuidadores assumem a responsabilidade de cuidar do idoso e, nem sempre possuem o apoio necessário para as diversas situações com que se podem deparar.

Assim, a título de exemplo, poder-se-á referir a intervenção e o papel do enfermeiro como cuidador devido não somente ao seu saber-fazer em situações clínicas específicas, como também ao seu papel de auxiliador em todo o processo. Por conseguinte, o enfermeiro poderá intervir no processo de cuidado informal utilizando um instrumento de visita domiciliária, a qual possibilitará observar e registar as actividades das famílias, proporcionando oportunidades para planear e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento e o auto-cuidado do cuidador informal, de acordo com a própria realidade vivenciada, tornando-o mais independente dos serviços de saúde.

Além disso, este procedimento faz com este profissional passe a conhecer melhor o cuidador informal, dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, que é caracterizado por condições de habitação, de higiene, de saneamento básico, e pelas relações sócio-afectivas que se estabelecem no seio dos vários membros da família.

Estes são factores importantes na identificação das reais necessidades de cada família e de cada cuidador. O enfermeiro poderá assim, ser igualmente um prestador de assistência integral à saúde, além de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, assegurando a prática menos formal, e procurando formas alternativas, favoráveis ao idoso e ao seu ambiente familiar.

Por outro lado, o próprio papel da comunidade torna-se fundamental neste processo. Seguindo um curso natural das estatísticas existentes sobre o envelhecimento humano, muito rapidamente o crescimento de cuidadores informais será uma realidade incontornável e, por conseguinte, a própria comunidade terá que repensar os processos formativos e educacionais para estes cuidadores. Muitas vezes, eles próprios, não sabem sequer lidar com o idoso e suprir, de forma conveniente e adequada às necessidades destes. A focalização para a melhoria técnica destes cuidadores, terá que ser, assim, uma preocupação, no sentido de proporcionar não somente uma redução de desgaste profissional, como também potenciar a QdV destes agentes de prestação de serviços. Todavia, só em conjunto e com equipas multidisciplinares, coordenadas e empenhadas, é que se podem definir medidas de intervenção que possam ser eficazes e ajustadas às diversas realidades em que, diariamente, estes cuidadores se encontram inseridos.

Muito se tem feito, mas muito ainda se encontra por fazer. Actualmente, vive-se numa sociedade que subestima de alguma forma o próprio processo de envelhecimento e, conseqüentemente a actividade do prestador de cuidados informais, ao se esperar deste um assumir de responsabilidades de cuidado perante um familiar idoso. A sociedade espera, por uma questão ética e moral, que o cuidador preste os seus serviços ao idoso dependente. No entanto, apesar desta exigência (mesmo que indirectamente accionada), a visão do envelhecimento e a falta de meios, procedimentos e intervenções focalizadas, coabitam no mesmo cenário.

Ao se aceitar tacitamente o processo de envelhecimento, o papel do cuidador informal será, inquestionavelmente, a pedra basilar neste processo de mudança.

## REFERÊNCIAS

- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Arbuckle, T., Gold, D., Andres, D., Schwartzman, A., & Chaikelson, J. (2002). The role of psychosocial context, age and intelligence in memory performance of older men. *Psychology and Aging*, 7, 25-36.
- Badoux, A., & Mendelsohn, G. (1994). Subjective well-being in French and American samples: Scale development and comparative data. *Quality of Life Research*, 3, 395-401.
- Baltes, P. (2001). The many faces of human ageing: Toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Barona, E. (1996). Estudio preliminar al síndrome de Burnout. *Ciência Psicológica*, 3, 63-76.
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G., & de Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia – Comparison of self report and proxy assessments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 397-401.
- Benbow, S. (1998). Burnout: A current knowledge and relevance to old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 520-526.
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem – estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging and Mental Health*, 11(5), 570-578.
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta.

- Bergner M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medicine Care*, 27(3), 148-156.
- Berguer, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Biosca, S. (2002). *Mayores y familia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Birren, J., & Schaie, K. (1997). *Handbook of psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Blasco, T., & Rodríguez, E. (1995). Calidad de vida y bienestar en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia a altas dosis: A pilot study. *Clinica y Salud*, 6 (3), 331-340.
- Bookstein, F., & Achenbaum, W. (1993). Aging as explanation: How scientific measurement can advance critical gerontology. In T. R. Cole, W. Andrew Achenbaum, & P. L. Jakobi (Coord.), *Voices and visions of aging: Toward a critical gerontology* (pp. 20-45). New York: Springer Publishing Company.
- Bowling, A. (1995). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14 (1), 3-27.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Busse, E. (2002). *Alterações perceptivas com o envelhecimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Caldas, C. (2002). O idoso no seu processo demencial: O impacto na família. In M. Minayo, & C. Coimbra J. (Org.), *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (pp. 20-35). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Calvário, A., Brito, I., & Brito, L. (1999). Necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes. *Revista Referência*, 3, 15-21.
- Campbell A. (1981). *The sense of Well-being in America. Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *Quality of american life: Perceptions, evaluations and satisfaction*. New York: Russel Sage Foundation.
- Canavarro, M., Simões, M., Pereira, Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., et al. (2007). WHOQOL-bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100) Coimbra: Quarteto.
- Capitán, E. (1996). La calidad de vida del enfermo neoplásico. In M. G Barón, A. Ordóñez, J. Felin, P. Zamora, & E. Espinosa (Eds.), *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer* (pp. 68-83). Madrid: Médica Panamericana.
- Cattani, R., & Girardon-Perlini, N. (2004) *O cuidar do idoso doente no domicílio na voz dos cuidadores familiares*. *Revista electrónica de Enfermagem*, 6 (2), 254-271
- Cella, D., & Tulsky, D. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology*, 4, 5, 29-38.
- Cerqueira, M. (2005) *O cuidador o doente paliativo*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Charazac, P. (2004). *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., & Jacomb, P. (2001). The psychometric differentiation of dementia from normal aging: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 3, 147-155.
- Correia, M. (1993). O idoso: O seu sentir e o seu viver. *Geriatrics*, 6, 18-24.

- Cramer J., & Spilker B. (1998). *Quality of life and pharmacoeconomics: An introduction*. Filadelfia: Lippincott-Raven.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12, 1-13.
- Dacey, J., & Travers, J. (2002). *Human development across the lifespan* (5<sup>th</sup> ed.). Boston: McGraw Hill.
- Delbrouck, M. (2003). *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Duarte, Y. (1997). Cuidadores de idosos: Uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde*, 21, 4, 226-230.
- Epstein, A.M., Hall, J.A., Tognetti, T., Son, L.H., & Conant, L. Jr. (1989). Using proxies to evaluate quality of life. Can they provide valid information about patients' health status and satisfaction with medical care? *Medical Care*, 27(Suppl 3), 91-98.
- Esteve, M., & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: Un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*, 108, 458-459.
- Evans, R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 47-48.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, D. (2007) *Cuidados a familiares ao idoso dependente* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.
- Finkel, D., & McGue, M. (2003). The origins of individual differences in memory among the elderly: A behavior genetic analysis. *Psychology and Aging*, 8, 527-537.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- França, A., & Rodrigues, A. (1999). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. (2<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Editora Atlas

- Fries, J., & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patient outcomes. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp.78). New York: Raven Press.
- Fujino, Y., Mizoue, T., Izumi, H., Kumashiro, M., Hasegawa, T., & Yoshimura, T. (2001). Job stress and mental health among permanent night workers. *Journal Occupational Health, 43*, 301-306.
- George, L., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist, 26*, 253-259.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Sintesis Psicología.
- Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências e Saúde, 9* (1), 61-78.
- Guyatt, G., Feeny, D., & Patrick, D. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annual International of Medicine, 118*(8), 622-629.
- Haber, C. (1986). Geriatrics: A specialty in search of specialists. In D.V. Tassel & P. N. Stearns (Coord.), *Old age in a bureaucratic world* (pp. 66-84). New York: Greenwood Press.
- Helkala, E-L., Koivisto, K., Hänninen, T., Vanhanen, M., Kervinen, K., Kuusisto, J., et al. (2006). Memory functions in human subjects with different apolipoprotein E phenotypes during a 3-year population-based follow-up study. *Neurosciences Letter, 204*, 177-180.
- Hernandez, M., Egea, M., & Ballesteros, E. (2004) *Enfermería geriátrica* (2ª ed.). Barcelona: Manuais de Enfermeria.
- Hofer, J., Chasiotis, A., & Campos, D. (2006). Congruence between social values and implicit motives: Effects on life satisfaction across three cultures. *European Journal of Personality, 20*, 305-324.
- Horn, J. (2002). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. In F. Craik, & S. Therub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 237-278). New York: Plenum Press.

- Houx, P., Vreeling, F., & Jolles, J. (2001). Age-associated cognitive decline is related to biological life events. In K. Iqbal, D. McLachlan, B. Winblad, & H. Wisniewski (Eds.), *Alzheimer's disease: Basic mechanisms, diagnosis and therapeutic strategies* (pp. 353-358). New York: John Wiley.
- Howieson, D., Holm, L., Kaye, J., Oken, B., & Howieson, J. (2003). Neurologic function in the optimally healthy oldest old: Neuropsychological evaluation. *Neurology*, *43*, 1882-1886.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- Inouye, K., Pedrazzani, El., & Pavarinis, S. (2008). Octogenários e cuidadores: Perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Contexto Enfermagem*, *17* (2), 350-357.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas demográficas de 2002: População e condições sociais*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Ivy, G., Petit, T., & Markus, E. (2002). A physiological framework for perceptual and cognitive changes in aging. In F. Craik, E T. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 273-313). Hillsdale: Erlbaum.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Karsch, U. (1998). *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC.
- Katz, S. (1996). *Disciplining old age: The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Labrador, F. (1992). *O stress – novas técnicas para o seu controlo*. Madrid: Temas da Actualidade.
- Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 201-212). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Lawton, M., Kleban, M., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44 (3), 61-71.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A Two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46 (4), 181-189.
- Lazarus, R. (1999) *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer: New York.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leighton, S., & Reid, J. (1993). The new era of quality of life assessment. In W. Rosser (Eds.), *Quality of life Assessments: Key issues in the 1990s* (pp. 175-190). Dordrecht: Kluwer Academia Publishers.
- Leitão, C., & Almeida, D. (2000). O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13 (1), 80-85.
- Leite, M. (2000). *Cuidando do idoso hospitalizado: A experiência do familiar*. Rio de Janeiro: Edições Unijuí.
- Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4<sup>rd</sup> ed). New York: Oxford University Press.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Lindenberger, U., & Baltes, P. (2004). Sensory functioning and intelligence in old age: A strong connection. *Psychology and Aging*, 9, 339-355.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria*. Porto: Editora Âmbar.
- Marques, S. (2000). *Cuidadores familiares de idosos: Relatos de histórias*. S. Paulo: Edições Atheneu.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2004). Ansiedade e depressão em cuidadores informais de pessoas com incapacidade funcional. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 415-422). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Maslach C., & Jackson, S. (1982). Burnout in health professionals: A social psychological analysis. In G. Sandres, & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Masoro, E. (1999). *Challenges of biological aging*. New York: Springer Publishing Company.
- McCall, W., Cohen, W., Reboussin, B., & Lawton, P. (1999). Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 55 (2-3), 107-14.
- McCarthy, D. (1995). Quality of life: A critical assessment. *Scandinavia Journal of Gastroenterology*, 30 (208), 141-146.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (17), 513-527.
- Medeiros, S. (1998). As trajetórias de vida por cuidadores principais. In U. Karch (Org.), *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores* (pp. 87-145). São Paulo: EDUC.
- Mendes, P. (1995). *Cuidadores: Heróis anónimos do quotidiano*. Pós-Graduação em Serviço Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Mendes, P. (1998). *Cuidadores: Heróis anónimos do quotidiano*. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo.
- Mendes, P. (2002). Quem é cuidador. *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*, 1 (1), 17-30.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Fernando Pessoa.
- Michalos, A., Zumbo, B., & Hubley, A. (2000). Health and quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational Environment Medicine*, 59, 67-72.

- Miguel, A., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 125-134). Lisboa: ISPA.
- Mota Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Nakatani A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Sousa, M. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficite de autocuidado atendidos no Programa de Saúde da Família. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 5 (1).
- Namjoshi, M., & Buesching, D. (2001). A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research*, 10, 105-115.
- National Authority for Occupational Safety and Health (2002). *Work-related stress – a guide for employers*. Dublin: Health Safety Authority.
- Néri, A. (1993). Bem-estar e stress em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. *Qualidade de vida e idade madura*, 1 (1), 285-305.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papirus Editora.
- Neri, A., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In A. Neri (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 9-63). Campinas: Alínea.
- Oliveira, A., & Pimentel, F. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos – Uma revisão do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 211-219.
- Oliveira, B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.
- Orrell, M., & Sahakian, B. (2005). Education and dementia. Research evidence supports the concept use it or lose it. *British Medicine Journal*, 310, 951-952.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Patrick, D., & Deyo, R. (1989). Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27, 217-232.

- Paúl, C. (1992) *Satisfação de vida em idosos*. Lisboa: Climepsi Editores
- Paúl, C. (1997) *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Editora Almedina
- Paulino, M. (1991). Respostas sociais no envelhecimento. *Geriatrics*, 4, 29-31.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measure. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pearlin, L., Zarit, S., & Schaié, K. (1992). *Caregiving systems: Formal and informal helpers*. New Jersey: Erlbaum Associates, Publishers.
- Perlmutter, M., & Nyquist, L. (2000). Relationships between self-reported physical and mental health and intelligence performance across adulthood. *Journal of Gerontology - Psychological Sciences*, 45, 145-155.
- Pimentel, F., & Oliveira, A. (2005). Comparison of cancer patients Quality of Life measured by themselves and proxies. *Quality of Life Reseach*, 14 (9), 2008.
- Raimundo, M., & Lima, M. (2002). Cuidar do idoso – Os cuidados que prestamos, as pessoas que somos. *Servir*, 50, 4, 192-195.
- Rezende, V., Derchain, S., Botega, N., Sarian, L., Vial, D., & Marais, S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetra*, 27 (12), 737-743.
- Ribeiro, J. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-53). Braga: APPORT.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Saldanha, L., & Caldas, C. (2004). *Saúde no idoso: A arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Salthouse, T. (1992). Shifting levels of analysis in the investigation of cognitive aging. *Human Development*, 35, 321-342.

- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research, 10*, 711-721.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções* (1.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes aos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 24*, 109-121.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 36* (1), 559-569.
- Skevington, S., Lotly, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Sousa, L. (2004). *Envelhecer em família: Cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Âmbar.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spilker, B. (1990). *Introduction. Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Stancliffe, R.J. (2000). Proxy respondents and quality of life. *Evaluating and Program Planning, 23*, 89-93.
- Stephoe, A., & Apples, A. (1991). *Stress, personal control and health*. Brussels: John Willey & Sons.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicologia del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.
- Svärd, E., Aringer, L., Baneryd, K., Frostberg, C., & Kemmlert, K. (2002). *Systematic work environment management and stress*. Odeshog: Annika Helberg.

- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Van't Veer-Tazelaar, P., van Marwijk, H., Jansen, A., Rijmen, F., P., van Oppen, P., van Hout, H., et al. (2007, *in press*). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 24.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Veeenhoven, R. (1996) *The study of life-satisfaction*. Budapest: Eotvos University Press.
- Vieitez, J., & Pedro, A. (1995). *Psicologia comunitária, salud y calidade de vida*. Salamanca: Eudema.
- Vilalta-Franch, J., Linàs-Reglà, J., & López-Pousa, S. (1998). Cognición y depresión. *Revista Neurológica*, 27, 581-584.
- Whitlatch, C., Schur, D., Noelker, L., Ejaz, F., & Looman, W. (2001). The stress process of family caregiving in institutional settings. *The Gerontologist*, 41 (4), 462-473.
- Wilson, K., Dowling, A., Abdoell, M., & Tannock, I. (2000). Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*, 9, 1041-1052.

# **ANEXOS**

Anexo 1 – *WHOQOL-BREF*

## Anexo 2 – QASCI

## Anexo 3 – Pedido para aplicação de questionários: Sub-Região de Saúde de Vila Real

Anexo 4 – Pedido para a utilização de escala de Avaliação do Impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal