



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Inês da Silva Loureiro

Coping e sobrecarga em cuidadores informais

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Teresa Souto

fevereiro 2023



Inês da Silva Loureiro

Coping e sobrecarga em cuidadores informais

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 15/02/2023, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Martins Jongenelen (Professora Associada da Universidade Lusófona)

Arguente: Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona) – Arguente

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Soares Souto (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona)

fevereiro 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Na realização da minha dissertação de mestrado, agradeço o incentivo e apoio que fui recebendo pelos meus familiares e amigos, todo o apoio recebido foi imprescindível para conseguir ultrapassar este grande desafio da minha vida académica.

Começando por um agradecimento especial à Professora Doutora Teresa Souto, pela sua orientação, tendo a honra de a ter como minha orientadora e que com o seu profissionalismo e compreensão permitiu o meu desenvolvimento a nível académico e profissional.

Aos meus pais pelo carinho e força que sempre me transmitiram ao longo de todo o meu percurso, bem como, o apoio económico para que conseguisse chegar a esta fase e a concluísse. Agradecer também por toda a paciência, apoio incondicional e por nunca me deixarem desistir. Sem dúvida nenhuma que são o meu maior exemplo. Obrigada por acreditarem em mim. À minha avó paterna por todo os ensinamentos, força, carinho e amparo que me deu durante este meu percurso académico e pessoal.

Agradecer ao meu irmão, uma das pessoas mais importantes da minha vida que sempre me apoiou e encorajou a querer ser mais e melhor. Obrigada por seres um exemplo para mim.

Não posso deixar de agradecer a algumas amigas que no decorrer destes 5 anos que agora terminam estiveram sempre do meu lado que me deram toda a ajuda, paciência e carinho: Helena Vieira, Inês Almeida, Lara Rocha, Bruna Cardoso, Sara Moreira um muito obrigado por tudo!

Agradecer à estrelinha mais brilhante do céu que olha por mim todos os dias, que me tem guiado durante os últimos anos e sei que está orgulhosa de tudo o que consegui conquistar até aqui e nunca me vai abandonar, a minha estrelinha mais brilhante avó Cila.

Por fim, um agradecimento em especial a todos os participantes do estudo, sem a vossa colaboração não teria sido possível concretizar esta investigação.

Resumo

Os cuidadores informais (CI) adotam um papel bastante significativo na nossa comunidade. O cuidar acarreta consequências quer físicas como psicológicas.

Neste sentido, a presente investigação pretende contribuir para a identificação da relação entre a sobrecarga e a percepção das estratégias de *coping* do CI, a sua eficácia e avaliação da influência do tipo de cuidados na sobrecarga.

Participaram nesta investigação 168 CI, com idades compreendidas entre os 19 e os 87 anos. Ao nível da sobrecarga 73.1% apresentaram um nível sem sobrecarga. As estratégias de *coping* que os CI mais fazem uso prende-se à aceitação ($M= 6.78$). Os resultados demonstraram correlações estatisticamente significativas na percepção das estratégias de *coping* utilizadas pelo CI a uma diminuição da sobrecarga. Apresentaram diferenças ao nível da sobrecarga em função do tempo despendido na tarefa de cuidar (tempo inteiro ou a tempo parcial). Não existiram diferenças na sobrecarga do CI, em função de receber apoio para a realização das tarefas de cuidado.

Espera-se que com este estudo exista um aumento do conhecimento sobre o CI e que com os resultados obtidos os CI sejam ajudados no reconhecimento das causas de sobrecarga e desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes.

Palavras-chave: Estratégias de *coping*, Sobrecarga, Cuidadores Informais

Abstract

Informal caregivers (IC) play a very significant role in our community. Taking care of physical as well as psychological consequences.

In this sense, the present investigation intends to contribute to an identification of the relationship between the overload and the perception of the CI's coping strategies, its diligence and evaluation of the strength of the type of care in the overload.

CI participants were aged between 19 and 87 years old. At the overload level, 73.1% present a level without overload. As coping strategies, the use of IC, but the use, leads more to conquest ($M= 6.7$). Our results demonstrate statistically significant correlations with no advance in the coping strategies used by the CI to minimize burden. It presents several differences in terms of overload depending on the time dependent on the care task (time or part-time). There are no differences in CI overload, due to support for the execution of maintenance tasks.

I hope that, as a study, there is an increase in knowledge about the CI and that the results obtained from the CI will be helped in the recognition of effort strategies and the development of causes for success.

Keywords: Coping Strategies, Burden, Informal Caregivers

Índice

Introdução	11
O cuidador informal	12
Perfil do cuidador informal	13
Impacto do cuidar	14
Sobrecarga: conceito e dimensões	15
Avaliação da sobrecarga	16
<i>Coping</i>	17
Avaliação do <i>coping</i>	19
<i>Coping</i> e sobrecarga em CI	19
Objetivos e Hipóteses	20
Método	21
Participantes	21
Instrumentos	23
Procedimentos	25
Estratégia de análise de dados	25
Resultados	26
Análises descritivas das escalas	26
Análise das hipóteses	28
Discussão de resultados	32
Referências	36

Lista de tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N = 168)

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica das Pessoa Cuidada

Tabela 3. Análise descritiva e de fiabilidade do *Brief Cope*

Tabela 4. Análise descritiva e de fiabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Tabela 5. Frequência dos níveis da Escala de Sobrecarga de Zarit

Tabela 6. Coeficiente de correlação do *Brief Cope* e da Escala de Sobrecarga de Zarit

Tabela 7. Comparação da sobrecarga do Cuidador Informal, em função do Tempo despendido na tarefa do cuidar à pessoa Cuidada

Tabela 8. Comparação das subescalas de Zarit em função do Cuidador Informal receber apoio para a realização das tarefas de cuidado

Lista de Abreviaturas

BCOP- *Brief Cope*

CAMI- Avaliação das Formas de *Coping* Utilizadas pelos Prestadores de Cuidados

CI- Cuidadores Informais

CF- Cuidadores Formais

INE- Instituto Nacional de Estatística

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

QASCI-VR- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal- versão reduzida

Introdução

Ser cuidador informal (CI) pode constituir uma fonte de sobrecarga social, física, financeira, social, emocional e familiar. Este papel pode ser prestado por um membro da família sem qualquer remuneração designado CI ou um profissional, que recebe remuneração para prestar os cuidados, cuidador formal (CF) auxiliando o indivíduo com necessidade(s) de apoio nos cuidados e atividades da sua vida diária, podendo-se tratar de portadores de deficiência, crianças, doentes ou pessoas com uma condição que precisa de especial atenção (Gérain & Zech, 2019).

Apesar do conceito de CI ser alvo de estudos por todo o mundo, ainda não se encontra consensualmente definido (Mattos & Kovács, 2020).

Segundo a literatura as pessoas com idade avançada são na sua maioria os indivíduos com níveis de dependência mais acentuada (Mendes et al., 2019), dado que na idade avançada é expectável um aumento de prevalência de doenças crónicas, degenerativas e terminais, o que acarreta uma maior prevalência de indivíduos com dificuldades na realização autónoma de atividades diárias (e.g. tomar banho, vestir-se sozinho(a)) ou nas suas atividades instrumentais do dia a dia (e.g. conduzir ou gerir as contas). Esta realidade tem como consequência, uma pressão nas comunidades e em conjunturas hospitalares para darem resposta aos indivíduos que requerem o apoio nas realizações das tarefas da vida diária (Bastawrous, 2013; Broeiro-Gonçalves, 2017; Teixeira, et al., 2017).

Gineste e Pellissier (2007) utilizam duas palavras inglesas: “*to care*” e “*to cure*” para definir o processo de cuidar. Sendo “*to cure*” relacionada com a extinção da doença e por consequência da dor. A segunda “*to care*” está associada à manutenção e continuidade da vida

Em Portugal e na Europa, os cuidados prestados a pessoas com idades avançadas são essencialmente garantidos por elementos da família, mais concretamente noras e filhas (Carvalho, 2019). Segundo a Eurocarers (2020), 80% dos cuidados são prestados por CI, ou seja, indivíduos que cuidam de outra pessoa de forma não remunerada com alguma doença ou outra necessidade de saúde.

Nos últimos 3 anos houve um crescente número de CI, prova disso foi um inquérito realizado pelo movimento dos CI em 2021, que aponta para a existência de cerca de 1,4 milhões de CI em Portugal, correspondente a um valor mais elevado que nos anos anteriores,

poderá ter sido despoletado, na sequência do encerramento de respostas sociais durante a pandemia covid-19 que surgiu em 2020.

De destacar que os cuidados que são prestados com regularidade acarretam consequências para quem está a cuidar, denominada sobrecarga, conceito usado para retratar os vários efeitos negativos que a tarefa de ser CI pode causar (Figueiredo & Sousa, 2008). Cuidar permanente está relacionado a um conjunto de acontecimentos que podem provocar eventos de *stress* que vão interferir posteriormente nos cuidados prestados à pessoa dependente (Sequeira, 2013).

O *coping* surge assim associado á sobrecarga a que o CI está exposto, tendo implicações a nível da saúde psicológica e física do cuidador (Rocha & Pacheco 2013). Recorrer a estratégias de *coping* centradas na emoção ou no problema, associa-se ao esforço psicológico e comportamental do cuidador para gerir e diminuir os impactos mais stressantes e negativos desta tarefa de ser CI (Cooper et al., 2008).

Os objetivos deste estudo enquadram-se nos atuais desafios sociais, concretamente o aumento significativo das pessoas com mais idade na população mundial e do inerente número de CI, estimando-se em cerca de 1,4 milhões. O presente estudo pretende explorar a relação entre a perceção das estratégias de *coping* e a sobrecarga dos CI, com o objetivo de conhecer as características dos CI portugueses, das pessoas cuidadas, a tarefa de cuidar como as suas necessidades e principais dificuldades. Os resultados obtidos nesta investigação vão ser importantes para um projeto futuro que passará pelo desenvolvimento de um programa digital customizado dirigido aos CI, para assim melhorar a experiência de cuidar e a qualidade dos cuidados prestados.

O cuidador informal

O CI é alguém que presta cuidados de uma forma regular ou permanente, a pessoas que estejam incapacitadas, com algum tipo de doença, ou as suas atividades diárias estejam comprometidas de alguma forma (Pimentel, 2013).

Na perspetiva de Teixeira e colaboradores (2017) nem sempre o CI se encontra numa situação de livre escolha.

O processo de se tornar CI, raramente corresponde a uma opção clara e efetiva, podendo decorrer de um processo sub-reptício, com a lenta perda de independência das pessoas que se cuida ou equivaler à decisão consciente tomada face a um incidente inesperado (e.g. viuvez ou morte de pessoa que prestava esses cuidados).

Por outro lado, no momento de se definir quem assumirá os cuidados, sucedem-se dois movimentos concomitantes: o envolvimento com o cuidado, por parte dos cuidadores (*slipping into it*) e o não envolvimento com o cuidado, por parte dos não cuidadores (*slipping out of it*). As regras subjacentes à decisão para assumir os cuidados à pessoa dependente, pode depender do seu grau de parentesco, proximidade afetiva, física e género (Sousa et al., 2006).

Para Lima (2016), o processo de se tornar CI é concretizado entre a pessoa que está a ser cuidada e o cuidador, valorização das crenças, aceitação, os costumes do outro e os valores que é algo importante para que se consiga estabelecer uma relação com base na cooperação e confiança.

Irene e Carvalho (2009) diferenciam duas categorias de CI: primários e secundários. O CI primário é o indivíduo que concretiza a maior parte dos cuidados, assumindo o papel de principal responsável da orientação, controlo e cuidado direto da pessoa que está a ser alvo de cuidados. Já o CI secundário auxilia de uma forma continua ou pontual em cuidados básicos, não tendo a responsabilidade principal de cuidar. O cuidador tem, assim, um papel basilar para o bem-estar e para a saúde da pessoa cuidada (Araújo et al., 2011).

Os CI apresentam um papel fundamental nos recursos de apoio da comunidade às pessoas alvo de cuidados. Brodaty e Donkin (2009), evidenciam que quando os CI estão apoiados pela comunidade, como a oferta de recursos emocionais (e.g. grupos de apoio ou psicólogos), financeiros (e.g. campanhas de aconselhamento) e instrumentais (e.g. unidades de descanso), parece existir uma diminuição das dificuldades que estão a ser vividas pelos CI e, ao mesmo tempo, um contributo para melhorar o bem-estar e qualidade dos cuidados prestados por parte do CI.

Perfil do cuidador informal

Segundo Soeiro e Araújo (2020), os cuidados prestados aos indivíduos são na sua maioria por CI existindo poucos dados sobre esses cuidadores, podendo estar relacionado com o facto da maior parte dos cuidados serem concedidos por familiares, recaindo numa esfera mais privada. É importante conhecer o perfil dos cuidadores através de dados que sejam recentes e rigorosos (Soeiro & Araújo, 2020).

Trata-se maioritariamente de um familiar do género feminino a coabitar com a pessoa a ser cuidada ou com proximidade geográfica, tendencialmente a filha ou esposa que se predispõem a prestar os cuidados, apesar de se verificar um aumento de CI do género masculino (Prince et al., 2004; Sharma et al., 2016; Teixeira, et al., 2017).

Em concordância com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), em Portugal cerca de 86% dos cuidados são prestados por familiares e 14% prestam cuidados a indivíduos sem nenhum laço familiar.

Relativamente ao tempo que é despendido nas tarefas de cuidar 58% do CI prestam cuidados de menos de 10 horas por semana, 42% superior a 10 horas semanais, 25% a tempo inteiro (INE, 2016). A maioria dos CI estão empregados (INE, 2016). Segundo Sequeira (2010), os níveis socioeconómicos dos CI situam-se nos níveis médio/baixo.

No que concerne ao estado civil, a literatura mostra-nos que na sua maioria os CI são casados (Sequeira, 2010). A nível das habilitações literárias segundo o Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), 51,5% dos cuidadores têm o ensino superior, 29,5% o ensino médio.

A maioria dos CI têm relações de parentesco com a pessoa cuidada, facilitando as tarefas do cuidar, sendo a coabitação um fator predominante (Garret, 2005).

A generalidade dos cuidadores refere sentir a falta de apoios informais e formais, dado que a grande parte dos cuidados são prestados por um indivíduo em específico, com a colaboração de outros esporadicamente (Sequeira, 2010).

Impacto do cuidar

O papel de ser CI acarreta algumas modificações e um reajustar de rotinas diárias e da dinâmica familiar (Saldanha & Caldas, 2004).

O ser CI apresenta aspetos positivos como o fortalecimento de a relação entre as duas pessoas (pessoa cuidada e o cuidador) e também ao nível da sua realização pessoal, mas por outro lado pode predominar alguns aspetos negativos, muitas vezes mencionados por CI (Lindeza et al., 2020). Estes aspetos podem surgir quer ao nível psicológico como físico, como: a depressão, ansiedade e a sobrecarga.

Existem alguns aspetos que contribuem para potenciar estas consequências, nomeadamente: a impossibilidade de usufruir de atividades lúdicas e de lazer, dificuldades económicas, falta de apoios formais, desconhecimento de alguns comportamentos característicos da doença e formas de os gerir (Lindeza et al., 2020). Outros fatores que intensificam o impacto negativo são: viver na mesma casa da pessoa cuidada, baixa autoestima, apresentar um nível alto de neuroticismo (Alzheimer's Disease International, 2009). A duração dos cuidados influencia o impacto a nível físico e psicológico do cuidador, porque o impacto será mais elevado quanto maior a duração dos cuidados. O nível destas

repercussões está associado com o contexto do CI, da pessoa cuidada, o seu meio envolvente, existindo uma mútua influência (Sequeira, 2010).

Sobrecarga: conceito e dimensões

O significado de sobrecarga leva-nos a uma palavra em inglês “*burden*”, tendo implícito os efeitos negativos que acontecem no desempenho dos cuidados (Sequeira, 2010).

A sobrecarga corresponde a consequências negativas que acontecem com os cuidados que são prestados (Sequeira, 2010).

Segundo Krutter et al., (2019), este conceito deve ser visto como multidimensional, uma vez que agrupa vários domínios. O autor Braithwaite (1992), especifica o conceito de sobrecarga dos cuidadores como uma perturbação, resultado de complicações decorrentes de cuidar de alguém com algum tipo de dependência mental ou física. O autor identifica cinco situações de crise, resultado das necessidades não satisfeitas: a imprevisibilidade, o vínculo da pessoa que é cuidado(a) e de quem cuida, limitação de tempo, falta de escolha e a perda gradual de capacidades funcionais do indivíduo (Braithwaite, 1992).

Segundo Figueiredo e Sousa (2008), as dimensões que vão influenciar a sobrecarga apresentam uma componente subjetiva e objetiva. A sobrecarga subjetiva decorre das respostas emocionais e as atitudes do CI perante as dificuldades e exigências do cuidar, sendo uma experiência interna do CI ao sentir-se sobrecarregado pela sua responsabilidade e pelo que lhe está a ser exigido enquanto cuidador. A sobrecarga objetiva é, assim, a condição dos cuidados que são conferidos consoante o grau de gravidade e o tipo de dependência, bem como, as consequências da pessoa que é cuidada, comportamento, o resultado e a proporção na vida do familiar que está a prestar os cuidados (Figueiredo & Sousa, 2008).

Cuidar consiste numa experiência que acarreta a necessidade de definição e redefinição dos papéis e as relações, implicando consequências a nível familiar, saúde e sociais, considerado um dos acontecimentos que pode afetar a vida dos indivíduos (Santos, 2004).

São óbvios os benefícios da presença de um CI para a pessoa que recebe os cuidados, existe cada vez mais uma preocupação com o desgaste que CI sofre, apontados como as segundas vítimas da doença. Determinados profissionais de saúde (e.g. médicos, enfermeiros, profissionais de geriatria) demonstram grande interesse nos efeitos de sobrecarga nos CI.

O aumento da sobrecarga e do *stress* manifesta-se quer no CI como no CF (Chiao et al., 2015), no que diz respeito aos aspetos mais negativos, traduzem-se nomeadamente através

de queixas físicas indicadoras de deterioração da sua saúde (Vilar & Lopes, 2012) e, por consequência, perturbações de ansiedade, depressivas e de esgotamento (Mendes et al., 2019).

Em circunstâncias iguais, as pessoas podem ter uma interpretação de várias formas distintas em relação aos eventos. O facto de alguns interpretarem os mesmos eventos com *stress*, outros não os interpretam como fonte de *stress*, estando relacionado com várias influências psicossociais e os significados sobre as situações.

Lazarus e Folkman (1986) fundamentam estas diferenças à luz dos fatores situacionais (externos ao indivíduo) e pessoais (hábitos comportamentais, aspetos motivacionais e cognitivos).

Quando as estratégias que estão disponíveis são percecionadas como escassas e a avaliação da exigência das situações superam os seus recursos disponíveis, a pessoa tem de encontrar novas estratégias para conseguirem resolver os problemas.

Existem determinados mediadores que podem moderar as consequências negativas das situações, especificamente: o apoio profissional e social (Krutter et al., 2019); a durabilidade em relação aos cuidados, as limitações e dependência dos indivíduos que são cuidados (Saldanha & Caldas, 2004); a relação entre a pessoa cuidada e o cuidador (Lindeza et al., 2020); estratégias de *coping* usadas (Alzheimer's Disease International, 2009); episódios de crise que foram sucedidas com sucesso relacionadas com experiências anteriores de ser cuidador de alguém (Lazarus & Folkman, 1986).

Avaliação da sobrecarga

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit é um instrumento traduzido e adaptado para a população portuguesa *Burden Interview Scale* (Sequeira, 2010). Composta por 29 questões, na sua versão original, ao qual posteriormente, o instrumento foi revisto e reduzido para 22 questões. Com o objetivo de avaliar o impacto do cuidar na saúde física e emocional do indivíduo (Gratao et al., 2012).

O instrumento avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI. Com base em vários itens, sendo possível recolher informações sobre a saúde psicológica e física do cuidador, a sua vida pessoal, situação económica, a nível social, situação emocional e o seu tipo de relacionamento.

Esta escala engloba quatro fatores, o Impacto de prestação de cuidados, este fator apresenta uma consistência interna boa ($\alpha = 0,93$); Expectativas com o cuidador, com uma boa consistência interna ($\alpha = 0,679$); Relação interpessoal, apresentando uma boa consistência

interna ($\alpha = 0,83$); Percepção de autoeficácia, com uma boa consistência interna ($\alpha = 0,80$) (Sequeira, 2010).

Outro instrumento muito utilizado para a avaliação da sobrecarga é o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal- versão reduzida (QASCI-VR) de Martins, Ribeiro e Garrett (2003), validado para a população portuguesa por Martins, Peixoto, Araújo, Rodrigues e Pires (2015).

Este questionário tem como objetivo avaliação da sobrecarga social, emocional e física do CI.

É constituída por 14 itens divididos em 7 subescalas: sobrecarga financeira; sobrecarga emocional; reações a exigências; implicações na vida pessoal; percepção dos mecanismos de eficácia e controlo; satisfação com o papel e com o familiar e suporte familiar.

A consistência interna do QASCI-VR é calculada com base no Alfa de *Cronbach*, apresentando uma boa consistência interna ($\alpha = 0,71$) (Martins et al., 2015).

Coping

O *coping* é uma das temáticas mais frequentemente abordados quando se exploram situações que impliquem potencial desajustamento emocional, pode ser definido como esforços para a prevenção ou diminuição às perdas, ameaças e danos ou diminuição do sofrimento que está várias vezes associado a experiências adversas (Turner & Gellmam, 2013, p.496). É importante salientar que os estudos ligados aos conceitos de *coping* e *stress* acontecem desde a segunda metade do século XX com autores como Lazarus (1966).

De acordo com Han et al., (2014) este é um conceito vasto e multidimensional podendo ser explicado como um esforço intencional ou involuntário do individuo, para assim existir uma prevenção ou diminuição de uma ameaça ou a percepção de perdas e danos ou para restringir a dor que é frequentemente associada a tais experiências adversas (Gellmam, 2020).

Quando o ser humano está exposto a uma situação na sua vida que lhe provoque mais *stress* adicional, quer de carácter ambiental ou biológico, o seu organismo está predisposto de uma forma quase natural para agir, tendo o propósito de preservar o seu equilíbrio físico e biológico (Bishop, 1994). No mesmo seguimento, no decorrer das últimas décadas existe um crescente interesse pelos processos psicológicos implícitos às estratégias utilizadas pelo ser humano para o seu bem-estar (Smith & Kirby, 2011).

Folkman e Lazarus (1980) determinam o *coping* como sendo um esforço comportamental, intencional ou cognitivo, de forma a conseguir lidar com as exigências

adversas, externas ou internas. São diferenciados em duas categorias distintas os processos de *coping*: (1) o *coping* centrado no problema, quando se tenta procurar o problema e diminuir de forma direta o *stress*, seja ele externa ou interna. (2) *Coping* centrado na emoção, acontece quando o cuidador tenta eliminar ou reduzir respostas emocionais perante o acontecimento que está a causar desconforto usando estratégias como a o apoio emocional, aceitação e *coping* religioso.

Posteriormente, identificou-se uma categoria nova de estratégias de *coping*, nomeadamente o *coping* de evitamento que é caracterizado pelo facto de o indivíduo focar-se em controlar o seu estado emocional ou o stressor, evitando o acontecimento que lhe causa *stress* e as emoções relacionadas com o mesmo (Carver et al., 1989).

Relativamente aos CI, a utilização de estratégias de *coping* têm como função alterar ou controlar a situação que está a desencadear mal-estar, regular o *stress* e gerir essas mesmas situações (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Pinto e Barham (2014), demonstram que estratégias que se centram na emoção podem ser perçecionadas como a única forma de os CI enfrentarem as dificuldades inerentes ao papel de CI. Em contrapartida há autores que defendem que as estratégias de *coping* que são focadas no problema podem ser vistas como mais eficazes, nomeadamente na supressão de reações emocionais negativas e existir uma melhoria nos seus níveis de desempenho (Chen et al., 2015; Geiger et al., 2015; Riedijk et al., 2006).

Roche et al., (2015), ressalvam que as estratégias utilizadas por alguns CI podem se assumir como disfuncionais, quando o cuidador começa a entrar em negação, culpando-se a si próprio, podendo chegar a utilizar substâncias psicoativas. Roche et al., (2015), descreve que quando os CI utilizam estratégias mais centradas na emoção e no problema, alcançam melhores resultados, as estratégias disfuncionais podem levar a que o cuidador entre num estado ansioso e depressivo.

Segundo Cohen (2021), não existem estratégias de *coping* desadaptativas ou adaptativas com um carácter ou valor universal, o nível de eficácia das mesmas vai resultar da interação do indivíduo perante o acontecimento que despoleta a experiência de *stress*. O *coping*, a resposta cognitiva, comportamental, afetiva de adaptação dos acontecimentos geradores de *stress* é um preditor essencial para se conseguir entender o bem-estar a nível psicológico do cuidador, sendo passível de uma intervenção, não tendo um carater estático, contudo continuo ao longo do tempo (Roche et al., 2015).

A investigação sobre este conceito aparenta ser limitada na resposta a questões relevantes para perceção deste fenómeno, sobretudo ao identificar aquelas que podem ser as estratégias de *coping* principais usadas pelas pessoas em determinada etapa do seu ciclo de vida (Jenzer et al., 2019)

Avaliação do *coping*

Para se avaliar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos CI pode-se recorrer ao *Brief Cope* (BCOP) (Carver, 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) no princípio desenvolvido por Carver (1997), estando adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004). O questionário apresenta como objetivo principal a avaliação das estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas para conseguirem lidar com as situações de vida geradores de *stress* (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Respetivamente à consistência interna do BCOP, na sua maioria as subescalas apresentam uma consistência interna superior de $\alpha=0,60$ (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Outro instrumento frequentemente utilizado é Carer's Assessment Management Index-CAMI (Nolan, Grant e Keady desenvolvido por Nolan, Grant e Keady, (1995), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Brito (2002).

Esta escala avalia as principais estratégias utilizadas pelo cuidador (Nolan et al., 1996, 1998). É um instrumento robusto e consiste num instrumento potencialmente útil, com o objetivo de conhecer a maneira que cada cuidador lida com dificuldades percebidas, que mecanismos de *coping* utiliza, e se são adequados e eficazes (Nolan et al., 1996, 1998). O CAMI apresenta 38 afirmações que estão associadas com as estratégias de *coping*. Os cuidadores indicam se fazem uso ou não daquela forma de lidar com os diferentes acontecimentos e, em caso afirmativo devem referir a perceção da efetividade e eficácia do comportamento. O instrumento possui uma boa consistência interna ($\alpha=0,87$) (Sequeira, 2010).

***Coping* e sobrecarga em CI**

Segundo Gérain e Zech (2019), ser CI é um processo bastante complexo, que exige muito do indivíduo, que pode acarretar tensões e pressões, que pode originar consequências negativas na vida social, financeira, pessoal e até na saúde do CI. Fatores como a resiliência (eg. a capacidade de enfrentar obstáculos da sua vida) são basilares para a forma como o CI utiliza as estratégias de *coping* e a forma como o indivíduo gere os acontecimentos, dado que, não são todas as estratégias tidas como adaptativas e abrangem outros fatores a nível

individual para além da sua resiliência aos acontecimentos que causa *stress* e provocam respostas emocionais menos favoráveis por parte dos indivíduos.

A literatura indica que a sobrecarga apresentada pelo CI o coloca num risco acrescido para o desenvolvimento de problemas emocionais e físicos, problemas esse que estão relacionados a níveis menores de bem-estar. O tipo de estratégias de *coping* que cada cuidador utiliza, vai se refletir no sucesso de lidar com os efeitos negativos, podendo reduzir exigências externas e internas da vida diária (Conde-Sala et al., 2019). Estas estratégias promovem uma adaptação mais positiva e num controlo da situação. O CI pode recorrer a essas estratégias, podendo ser ou não as mais eficazes para uma redução da sobrecarga e do *stress* que resulta de prestar os cuidados (Simonetti & Ferreira, 2008).

Antoniazzi, Dell' Aglio e Bandeira (1998), referem que a seleção de determinadas estratégias estão associadas com os recursos externos e internos das pessoas, que envolve as características contextuais, sociodemográficas, valores, crenças, autoconceito, escolaridade e também os recursos económicos e sociais (Antoniazzi, Dell' Aglio & Bandeira, 1998).

Segundo Pereira (2007), em situações desencadeadoras de *stress* as estratégias de *coping* usadas são importantes, assumindo três funções: incluir a resolução de problemas ou mesmo procurar ajuda; adaptar e lidar com a situação; alteração do significado de experiência que está a viver ou alterar esse significado; desenvolver atividades como o desporto; suporte social e lidar com os sintomas causadores de *stress*.

Objetivos e Hipóteses

Desta forma, tendo em conta a literatura existente, o objetivo geral da presente investigação é identificar a relação entre a sobrecarga e a perceção das estratégias de *coping* do CI.

Em termos mais específicos procura-se avaliar os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI, avaliar o tipo das estratégias de *coping* a que recorrem e relacionar os níveis de sobrecarga com o tipo de prestação de cuidados.

Considerando os objetivos definidos para o presente estudo formularam-se as seguintes hipóteses:

H₁- Espera-se que o tipo das estratégias de *coping* utilizadas pelo CI estejam significativamente associadas a uma diminuição da sobrecarga.

H₂- Espera-se que existam diferenças na sobrecarga do CI, em função do tempo despendido na tarefa do cuidar.

H₃- Espera-se que existam diferenças na sobrecarga do CI, em função do CI receber apoio para a realização das tarefas de cuidado.

Método

Participantes

Os participantes do presente estudo foram obtidos por conveniência. Elaborou-se critérios de inclusão tais como: ter idade superior a 18 anos e ser CI.

A amostra total foi composta por 168 participantes, CI (Tabela 1), número bastante inferior ao inicialmente fixado de 210. Idades compreendidas entre os 19 e os 87 anos ($M=50.6$) ($DP=12.8$). A maioria dos CI são do sexo feminino (78.6%), de nacionalidade portuguesa (94.6%), o ensino secundário (39.3%), casados(as) (47%), nível de vida médio (48.8%), a maioria dos CI não recebem tratamento psicológico ou Psiquiátrico (85.7%). Na sua maioria não tinham nenhuma doença física diagnosticada (69.6%) e cerca de 68% estava a realizar algum tipo de tratamento.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra em estudo (N = 168)

	Min/Max	M(DP)
Idade	19-87	50,6 (12,8)
	N	%
Género		
Masculino	36	21.4
Feminino	132	78.6
Nacionalidade		
Brasileira	8	4.8
Portuguesa	159	94.6
Romana	1	0.6
Grau de Escolaridade		
1º Ciclo de ensino (4º ano)	10	6.0
2º Ciclo de ensino (6º ano)	9	5.4
3º Ciclo de ensino (9º ano)	24	14.3
Ensino secundário (12º ano)	66	39.3
Licenciatura	44	26.2

	Mestrado	15	8.9
Estado Civil			
	Solteiro/a	32	19.0
	Numa relação	18	10.7
	Casado/a	79	47.0
	Viúvo/a	2	1.2
	Divorciado/a	21	12.5
	União de facto	16	9.5
Nível Socioeconómico			
	Baixo	27	16.1
	Médio/baixo	49	29.2
	Médio	82	48.8
	Médio/alto	10	6.0
Recebe			
Apoio			
	Sim	65	38.7
	Não	100	59.5
Atualmente, recebe tratamento psicológico ou psiquiátrico			
	Sim	24	14.3
	Não	144	85.7
Tem atualmente alguma doença física diagnosticada?			
	Sim	51	30.4
	Não	117	69.6
Está a realizar algum tipo de tratamento?			
	Sim	54	32.1
	Não	114	67.9

Legenda:

Min: Mínimo; Máx: Máximo

Relativamente às variáveis sociodemográficas da Pessoa Cuidada (Tabela 2), as idades são compreendidas entre os 1 e os 98 anos ($M = 68.7$; $DP = 26.4$), do sexo feminino (58.9%), nacionalidade portuguesa (97%), viúvo(a) (39.9%), com 1º Ciclo de ensino (4º ano) (45.8%).

Tabela 2.*Caraterização sociodemográfica da Pessoa Cuidada*

	Min/Max	M(DP)
Idade	1-98	68,7(26,4)
	N	%
Género		
Masculino	69	41.1
Feminino	99	58.9
Nacionalidade		
Brasileira	4	2.4
Portuguesa	163	97.0
Romana	1	0.6
Grau de Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	33	19.6
1º Ciclo de ensino (4º ano)	77	45.8
2º Ciclo de ensino (6º ano)	14	8.3
3º Ciclo de ensino (9º ano)	8	4.8
Ensino secundário (12º ano)	19	11.3
Licenciatura	12	7.1
Mestrado	2	1.2
Doutoramento	3	1.8
Estado Civil		
Solteiro/a	42	25.0
Casado/a	52	31.0
Viúvo/a	67	39.9
Divorciado/a	5	3.0
União de facto	2	1.2

Legenda: Min: Mínimo; Máx: Máximo**Instrumentos**

De maneira a avaliar as variáveis em estudo na presente investigação, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico

Foi elaborado para este estudo e tem como objetivo a caracterização sociodemográfica dos participantes e a relação com a pessoa que é cuidada.

Inclui um conjunto de questões abertas e fechadas, de modo a recolher informação sobre o CI, nomeadamente o sexo, nacionalidade, idade, grau de escolaridade mais elevado, estado civil e se existe ajuda na prestação de cuidados.

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980); adaptada e traduzida para a população portuguesa por Ferreira et al. (2010).

Este instrumento é composto por 22 itens, com vista a avaliar a sobrecarga subjetiva e objetiva. Cada um dos itens é pontuado de forma quantitativa/qualitativa: (1) nunca; (2) quase nunca; (3) às vezes; (4) muitas vezes; (5) quase sempre.

Obtém-se um score global que pode variar entre 22 e 110, através do somatório dos vários itens divididos pelos 4 fatores: o “*impacto da prestação de cuidados*” itens 1, 9, 6, 17, 12, 2, 3, 11, 10, 13 e 21; “*relação interpessoal*” itens 4, 5, 18, 16 e 19; “*expectativas com o cuidar*” o 15, 7, 8, 14; “*perceção de autoeficácia*” os itens 20 e 22 (Zarit et al., 1980). O total da escala vai nos indicar que, inferior a 46 um nível sem sobrecarga, entre 46 a 56 nível de sobrecarga ligeira; e superior a 56 uma sobrecarga intensa.

As subescalas de *ZARIT Burden Interview* apresentaram, nesta investigação, os seguintes valores de consistência interna: um coeficiente bom para o “*Impacto da prestação de cuidados*” ($\alpha=0.84$); um coeficiente fraco para a “*Relação Interpessoal*” ($\alpha=0.69$) e um coeficiente inadmissível para as “*Expectativas com o cuidar*” ($\alpha=0.39$) e na “*Perceção de autoeficácia*” ($\alpha=0.29$) (George & Mallery 2003).

Brief Cope (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

É um instrumento composto por 28 itens e 14 subescalas: “*coping ativo*”, “*planeamento*”, “*utilizar suporte instrumental*”, “*suporte emocional*”, “*religião*”, “*reavaliação positiva*”, “*auto culpabilização*”, “*aceitação*”, “*ventilação emocional*”, “*negação*”, “*auto distração*”, “*desinvestimento comportamental*”, “*uso de substâncias (medicamentos/ álcool)*” e o “*humor*” (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Com a utilização deste instrumento pretende-se avaliar de que forma os CI lidam com as situações que causam mais stress no ato de cuidar.

As opções de resposta variam entre de (1) “nunca utilizo” e (4) “utilizo muitas vezes” (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Para se obter o score total da escala é necessário fazer o somatório das subescalas que o BCOP apresenta, sendo estas: o “*Coping ativo*” agrupa os

itens 2 e 7; “Planeamento” 14 e 25; “Utilizar suporte emocional” 5 e 15; “Utilizar suporte instrumental” 23 e 10; “Religião” 22 e 27; “Reavaliação positiva” 12 e 17; “Autoculpabilização” 13 e 26; “Aceitação” 24 e 20; “Ventilação emocional” 21 e 9; “Negação” 3 e 8; “Autodistração” 1 e 19; “Desinvestimento comportamental” 6 e 16; “Uso de substâncias” 4 e 11; “Humor” 18 e 28. (Wilson, Pritchard, & Revalee, 2005).

Os valores de consistência interna obtidos neste estudo, foram os seguintes: uma consistência boa para o “Uso de Substâncias” ($\alpha=0.88$), “Aceitação” ($\alpha=0.81$); um coeficiente razoável para “Religião” ($\alpha=0.76$), “Suporte instrumental” ($\alpha=0.76$), “Reavaliação Positiva” ($\alpha=0.70$); um coeficiente fraco na “Negação” ($\alpha=0.67$), “Humor” ($\alpha=0.66$), “Coping Ativo” ($\alpha=0.60$); um coeficiente inadmissível “Desinvestimento Comportamental” ($\alpha=0.59$), “Autoculpabilização” ($\alpha=0.56$), “Autodistração” ($\alpha=0.55$), “Suporte Emocional” ($\alpha=0.54$), “Planeamento” ($\alpha=0.51$) e a “Ventilação Emocional” ($\alpha=0.37$) (George & Mallery 2003).

Procedimentos

A recolha de dados para a presente investigação realizou-se entre agosto de 2021 até junho de 2022. A divulgação foi efetuada através de associações de CI, em formato digital, de centros de dia e das redes sociais.

Recorreu-se à plataforma online “LimeSurvey” para a recolha de dados, assegurando a confidencialidade de todos os participantes.

Elaborou-se um consentimento livre e informado para obtenção do consentimento esclarecido do CI antes de seguir com a participação na investigação. O mesmo foi fornecido de forma online e escrita, contendo informação sobre os objetivos da investigação, a privacidade, confidencialidade e os procedimentos de armazenamento e destruição dos dados obtidos, garantindo, assim, que todas as informações obtidas, seriam apenas para utilização da presente investigação.

Estratégia de análise de dados

A análise dos dados foi concretizada com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0.

Para realizar as análises descritivas utilizaram-se vários parâmetros para a distribuição das variáveis como: a frequência, média, desvio-padrão e percentagem.

Relativamente à avaliação da consistência interna dos vários itens recorreu-se à classificação dos valores de Alfa de Cronbach. Os valores de alfa variam entre 0 e 1, os itens

podem assim, apresentar uma consistência interna boa, razoável, fraca e inadmissível (George & Mallery 2003).

Realizou-se a análise exploratória de dados, com o principal objetivo de se conseguir verificar se as variáveis em estudo seguiam uma distribuição normal, pressuposto este que deve estar cumprido para se utilizar testes paramétricos. Utilizou-se o teste de normalidade de *Kolmogorov Smirnov*. Assumiu-se que nem todas as variáveis da amostra seguiam uma distribuição normal, pelo que foi utilizado testes não paramétricos para esses casos e testes paramétricos para quando a normalidade estava cumprida. Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, sendo uma medida não paramétrica de associação de duas variáveis quantitativas. O teste t um teste paramétrico utilizado para testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferente.

Resultados

Análises descritivas das escalas

O presente tópico, tem como objetivo principal expor os resultados descritivos que foram obtidos das variáveis resultantes das escalas utilizadas.

Relativamente ao BCOP (Tabela 3), a aceitação ($M = 6.78$; $DP = 1.64$), *coping* ativo ($M = 6.50$; $DP = 1.64$), reavaliação positiva ($M = 6.33$; $DP = 1.72$), planeamento ($M = 6.26$; $DP = 1.58$) e o humor ($M = 5.50$; $DP = 2.95$) apresentaram-se como as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes em estudo.

Tabela 3.

Análise descritiva e de fiabilidade do Brief Cope

Brief Cope									
	Percentis								
	N	Média	DP	Min	Máx	25	50	75	Limites
Aceitação	140	6.78	1.64	2.0	8.0	6.0	8.0	8.0	1-8
<i>Coping</i> Ativo	140	6.50	1.64	2.0	8.0	5.0	7.0	8.0	1-8
Reavaliação Positiva	140	6.33	1.72	2.0	8.0	5.0	7.0	8.0	1-8
Planeamento	140	6.26	1.58	2.0	8.0	5.0	6.0	8.0	1-8
Humor	140	5.30	2.05	2.0	8.0	4.0	5.0	7.0	1-8
Suporte instrumental	140	4.96	2.06	2.0	8.0	3.0	5.0	7.0	1-8
Ventilação Emocional	140	4.89	1.82	2.0	8.0	4.0	5.0	6.0	1-8

Autodistração	140	4.81	1.98	2.0	8.0	3.0	5.0	6.0	1-8
Religião	140	4.76	2.20	2.0	8.0	2.0	5.0	6.8	1-8
Suporte Emocional	140	4.66	1.85	2.0	8.0	3.3	5.0	6.0	1-8
Autoculpabilização	140	3.76	1.75	2.0	8.0	2.0	3.0	5.0	1-8
Negação	140	3.45	1.84	2.0	8.0	2.0	3.0	5.0	1-8
Desinvestimento Comportamental	140	2.93	1.42	2.0	8.0	2.0	2.0	4.0	1-8
Uso de Substâncias	140	2.36	1.05	2.0	8.0	2.0	2.0	2.0	1-8

Legenda:

Min: Mínimo; Máx: Máximo.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Tabela 4), apresentou no Impacto da prestação de cuidados uma média de 18.59 ($DP = 8.30$), nas Expectativas com o cuidar 10.69 ($DP = 3.35$), na Percepção de autoeficácia 2.86 ($DP = 2.29$), na Relação interpessoal 5.16 ($DP = 4.10$) e no total de sobrecarga 38,07 ($DP = 14.62$).

Tabela 4.

Análise descritiva e de fiabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit									
	N	Média	DP	Min	Máx	Percentis			Limites
						25	50	75	
Total Sobrecarga	149	38.07	14.62	4.0	73.0	27.0	39.0	47.0	0-88
Impacto da prestação de cuidados	149	18.59	8.30	0.0	39.0	12.0	19.0	24.0	0-44
Expectativas com o cuidar	149	10.69	3.35	2.0	16.0	8.5	11.0	13.0	0-16
Relação interpessoal	149	5.16	4.10	0.0	18.0	2.0	5.0	8.0	0-20
Percepção de autoeficácia	149	2.86	2.29	0.0	8.0	1.0	2.0	4.0	0-8

Legenda:

Min: Mínimo; Máx: Máximo

Em relação à distribuição dos níveis da Escala de Sobrecarga de Zarit (Tabela 5) a maioria dos cuidadores apresentou um nível Sem Sobrecarga (73.1%), seguindo-se Sobrecarga Moderada (15.4%) e Sobrecarga Intensa (11.4%).

Tabela 5.*Frequência dos níveis da Escala de Sobrecarga de Zarit*

	N	%
Escala de Sobrecarga de Zarit		
Sem Sobrecarga	109	73.2
Sobrecarga Moderada	23	15.4
Sobrecarga Intensa	17	11.4
<i>Total</i>	149	100.0

Análise das hipóteses

A hipótese 1 “*Espera-se que o tipo das estratégias de coping utilizadas pelo CI estejam significativamente associadas a uma diminuição da sobrecarga*” foi confirmada parcialmente, dado que existem correlações estatisticamente significativas (Tabela 6).

Nomeadamente no total de sobrecarga que está correlacionado negativamente ao BCOP em relação à reavaliação positiva ($r = -.260^{**}$); e positivamente à autoculpabilização ($r = .361^{**}$); à negação ($r = .310^{**}$); à autodistração ($r = .240^{**}$), ao desinvestimento comportamental ($r = .327^{**}$); e ao uso de Substâncias ($r = .219^{**}$).

O impacto da prestação de cuidados está correlacionado negativamente à reavaliação Positiva ($r = -.245^{**}$); e positivamente à autoculpabilização ($r = .357^{**}$); à negação ($r = .300^{**}$); à autodistração ($r = .207^{**}$), ao desinvestimento comportamental ($r = .305^{**}$); e ao uso de substâncias ($r = .239^{**}$).

A relação interpessoal está correlacionada negativamente à reavaliação positiva ($r = -.359^{**}$) e à aceitação ($r = -.207^{**}$); e positivamente à autoculpabilização ($r = .250^{**}$); à negação ($r = .310^{**}$); à autodistração ($r = .186^{*}$), ao desinvestimento comportamental ($r = .334^{**}$); e ao uso de substâncias ($r = .249^{**}$).

As expectativas com o cuidar está correlacionado positivamente ao planeamento ($r = .167^{*}$); à aceitação ($r = .238^{**}$); à autodistração ($r = .213^{*}$), e ao *coping* activo ($r = .195^{*}$).

A percepção da autoeficácia está correlacionada negativamente à reavaliação positiva ($r = -.183^{*}$); e positivamente à autoculpabilização ($r = .478^{**}$); à negação ($r = .176^{**}$); à autodistração ($r = .184^{*}$), e ao desinvestimento comportamental ($r = .344^{**}$).

A exposição dos resultados referentes à correlação de *Spearman* será apresentada na Tabela 6.

Tabela 6. Coeficiente de correlação do Brief Cope e da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Sobrecarga de Zarit					
	Total Sobrecarga	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas com o cuidar	Percepção da autoeficácia
Brief Cope					
Planeamento	0.043	0.047	-0.040	.167*	-0.022
Suporte instrumental	-0.021	-0.026	0.054	-0.063	0.023
Religião	-0.023	-0.013	0.012	-0.031	0.047
Reavaliação Positiva	-.260**	-.245**	-.359**	0.062	-.183*
Autoculpabilização	.361**	.357**	.250**	0.156	.478**
Aceitação	-0.033	-0.018	-.207*	.238**	-0.104
Ventilação Emocional	0.101	0.107	0.044	0.117	0.075
Negação	.310**	.300**	.310**	0.096	.176*
Autodistração	.240**	.207*	.186*	.213*	.184*
Desinvestimento Comportamental	.327**	.305**	.334**	0.095	.344**
Uso de Substâncias	.219**	.239**	.249**	0.013	0.066
Humor	-0.009	-0.031	-0.068	0.117	-0.124
Suporte Emocional	-0.115	-0.108	-0.049	-0.085	-0.134
Coping Ativo	0.071	0.081	-0.054	.195*	-0.064

* p < .05, ** p < 0.01

A hipótese 2 “*Espera-se que existam diferenças na sobrecarga do CI, em função do tempo despendido na tarefa do cuidar*” foi confirmada parcialmente, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente no total da sobrecarga $t(124)$ ($p=0.028$); no impacto da prestação de cuidados $t(124)$ ($p=0.012$); e nas expectativas com o cuidar $t(124)$ ($p=0.000$), cujas médias foram superiores quando o CI prestava cuidados a tempo inteiro.

A exposição dos resultados respeitantes ao Teste T será apresentada na Tabela 7.

Tabela 7.

Comparação da sobrecarga do Cuidador Informal, em função do Tempo despendido na tarefa do cuidar à pessoa Cuidada

	Tempo despendido na tarefa do cuidar						
	A tempo parcial			A tempo inteiro			
	N	Média	DP	N	Média	DP	<i>P</i>
Escala de Sobrecarga de Zarit							
Total Sobrecarga	43	34.53	13.01	83	40.27	14.07	0.028
Impacto da prestação de cuidados	43	16.28	7.55	83	20.01	7.98	0.012
Relação interpessoal	43	5.84	3.73	83	4.75	3.93	0.090
Expectativas com o cuidar	43	9.05	3.11	83	11.76	3.14	0.000
Perceção da autoeficácia	43	3.05	1.88	83	2.65	2.30	0.153

No que diz respeito à hipótese 3 “*Espera-se que existam diferenças na sobrecarga do CII, em função do CI receber apoio para a realização das tarefas de cuidado*”, não foi confirmada, uma vez que da comparação das subescalas de Zarit em função do Cuidador Informal receber apoio para a realização das tarefas de cuidado (Tabela 7) não existiram diferenças estatisticamente significativas $t(147)$.

A exposição dos resultados relativos ao Teste T será apresentada na Tabela 8.

Tabela 8.

Comparação das subescalas de Zarit em função do CI receber apoio para a realização das tarefas de cuidado

	Recebe apoio p/ realização das tarefas de cuidar?						
	Sim			Não			
	N	Média	DP	N	Média	DP	<i>P</i>
Escala de Sobrecarga de Zarit							
Total Sobrecarga	57	37.35	15.82	92	38.52	13.90	0.395
Impacto da prestação de cuidados	57	18.32	8.76	92	18.76	8.04	0.751
Relação interpessoal	57	5.05	4.32	92	5.23	3.97	0.656
Expectativas com o cuidar	57	10.35	3.58	92	10.90	3.21	0.300
Perceção de autoeficácia	57	3.07	2.27	92	2.73	2.31	0.297

Discussão de resultados

No presente ponto pretende-se interpretar os resultados que foram obtidos, a partir da literatura utilizada para a realização da fundamentação teórica. Sem intenção de generalizar os resultados obtidos da amostra a toda a população.

Comprovando a ideia de que a mulher tem o papel primordial nos cuidados, isto é algo consistente nos estudos nacionais e internacionais, uma das explicações dos vários estudos é que a mulher acredita que o cuidado e responsabilidade é o seu papel principal, visto que o cuidado dos filhos é várias vezes realizado pelas mulheres (Kazemi et al., 2021). O mesmo acontece no presente estudo em que a maioria dos CI são as mulheres ($n= 132$) que realizam a maioria dos cuidados.

Relativamente á média de idades nesta investigação é de 50,6 anos, variando entre os 19 e 87 anos, dados aproximados aos do INE (2016).

O grau de escolaridade, 39% frequentou o ensino secundário (12º ano) e 26.2% tem o ensino superior. Segundo o que a literatura nos tem vindo a mostrar, era de esperar níveis mais baixos de escolaridade, sugerindo que existe cada vez mais pessoas a quererem prosseguir os seus estudos (Sequeira, 2010),

Em termos de situação profissional, 40.27% prestam os cuidados a tempo inteiro e 34.53% a tempo parcial, estes dados vão de encontro aos do INE (2016), podendo, assim, explicar o nível socioeconómico predominante situar-se entre o médio (48.8%) e médio/baixo (29.2%).

O estado civil, nesta investigação 47% dos CI são casados, corroborando os dados obtidos por Sequeira (2010).

Em relação aos níveis de sobrecarga, a maior parte dos CI apresenta um nível sem sobrecarga cerca de 73% e de seguida uma sobrecarga moderada 15.4% e em último uma sobrecarga intensa 11.4%, contrariando o que a literatura nos tem mostrado, especificamente uma investigação realizada por Figueiredo e Sousa (2008), em que os resultados demonstraram que os CI revelaram um nível de sobrecarga severa enquanto cuidadores.

A primeira hipótese deste estudo foi confirmada parcialmente, uma vez que existiram correlações estatisticamente significativas entre o BCOP e a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. Estes resultados demonstraram que a percepção das estratégias de *coping* estão estatisticamente correlacionadas com uma diminuição da sobrecarga, como: aceitação, planeamento e *coping* ativo. Corroborando a ideia de vários autores, constatando que algumas destas estratégias de *coping* são utilizadas com uma maior regularidade, apesar de se confirmar que o tipo de estratégias que são usadas pelos cuidadores são variáveis, tendo se vindo a verificar que os cuidadores utilizam com mais frequência a reavaliação positiva, aceitação e o humor (Simonetti & Ferreira (2008); Cooper et al. (2008)). As estratégias de *coping* utilizadas pelos CI são mediadoras relevantes relativamente a situações que despoletam *stress*, e estas ajudam o indivíduo a adaptar-se e a conseguir ser capaz de lidar com o acontecimento, na resolução dos problemas ou até a procurar ajuda para os mesmos, alterar a percepção ou o significado de uma determinada experiência que está a viver (Pereira, 2007).

A capacidade do CI em utilizar as estratégias minimizam as consequências do papel de cuidar, originando uma menor sobrecarga (Mestre, 2010). De ressaltar que as estratégias utilizadas não são todas adaptativas, podendo assim prejudicar o indivíduo (Devi & Almazán, 2002; Pereira, 2007). Segundo Lage (2005), quanto mais estratégias de *coping* os CI adotarem, maior vai ser as atitudes positivas face ao papel que desempenha, bem como maior será o seu bem-estar quer a nível físico e psicológico.

Relativamente ao tipo de cuidados prestados e analisando a segunda hipótese, a mesma foi confirmada parcialmente, comprovando que existem diferenças na sobrecarga em função do tempo despendido na tarefa de cuidar. Os índices de sobrecarga foram superiores em CI que prestavam cuidados a tempo inteiro (diurno e noturno) em comparação com os CI que prestavam cuidados a tempo parcial (diurno ou noturno), confirmando o que a literatura nos tem apresentado que o cuidado de forma permanente com uma grande carga horária, pode

estar relacionado com níveis superiores de sobrecarga, uma vez que há várias adaptações quer a nível pessoal e profissional (Garret, 2005). Quando o tempo dos cuidados prestados é elevado, maior poderá ser os efeitos negativos a nível psicológico e físico (Alzheimer's Disease International, 2009). Alguns fatores que podem salientar as consequências físicas e psicológicas podem passar pela diminuição do tempo para outras tarefas de socialização e de lazer (Garrett, 2005; Lindeza et al., 2020).

Analisando a terceira hipótese, não foi confirmada. Verificando-se que receber apoio nas tarefas de cuidar não está relacionado com a sobrecarga que o CI apresenta. A literatura contraria os resultados obtidos (Gaugler et al., 2003). O apoio na realização das tarefas poderia influenciar a sobrecarga sentida pelo CI como nos indicam os resultados que foram obtidos por Mant et al., (2000). Segundo Gaugler et al., (2003) para uma redução da sobrecarga dos cuidadores e o atrasar a decisão de institucionalização da pessoa dependente é importante existir ajuda na prestação dos cuidados numa lógica de complementaridade. Neste sentido, era relevante ter dados relativos à fase da doença, visto que é numa fase inicial que se verificam mais adversidades na realização das várias tarefas do papel do cuidador, com o objetivo da preparação de todo o ambiente para o papel de prestar os cuidados.

Após a exposição dos resultados e da discussão, é relevante refletir-se sobre as sugestões e limitações para futuros estudos.

O número de CI obtidos para este estudo foi uma das grandes limitações, um número bastante reduzido (168) para o que seria esperado no início (210), número obtido através do programa *G*Power*. Este número reduzido deveu-se ao facto de ter existido uma grande dificuldade em estabelecer contacto com as associações que apoiam os cuidadores, a não obtenção de respostas de *emails* enviados e a falta de colaboração das pessoas quando era divulgado nas redes sociais, muito disto aconteceu devido à situação pandémica que ainda enfrentamos. Seria importante tornar a amostra mais heterogénea, pelo que teria sido muito benéfico para o estudo. O protocolo utilizado na presente investigação era demasiado extenso, o que pode ter influenciado algumas das respostas fornecidas pelos CI. Outra limitação do estudo diz respeito ao facto dos valores de alfa em algumas subescalas serem baixos, nomeadamente no BCOP e na Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

A presente investigação procurou contruir para um conhecimento mais aprofundado sobre a perceção das estratégias de *coping* e a sobrecarga. Torna-se importante apostar numa promoção da saúde, que vá mais além que prevenção da doença. Sendo essencial que os nossos profissionais de saúde se foquem não só na doença, limitações e incapacidade, mas

numa promoção, manutenção e recuperação de capacidades dos CI, englobando os aspetos de prevenção, educação e medidas de reabilitação para fomentar as capacidades da pessoa cuidada e da sua família. Nos CI é importante promover as estratégias de *coping* e o desenvolvimento das suas aptidões para cuidar. Beneficiando de intervenções multidisciplinares, os profissionais devem oferecer à família auxílio para que os CI consigam entender que não são simples cuidadores, mas sim que existem vários indivíduos envolvidos nesse processo, com vontade de os ajudar.

Em suma, espera-se que tenha permitido um conhecimento mais efetivo sobre as necessidades e constrangimentos com que se deparam os CI e que os resultados possam contribuir para uma efetiva orientação da prática dos profissionais que intervêm com esta população específica. Por outro lado, a investigação sobre a sobrecarga e o *coping* em CI necessita de ter continuidade aprofundando cada vez mais o impacto que as estratégias de *coping* podem representar para a melhoria da qualidade de vida de quem cuida.

Referências

- Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report 2009*.
<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2009/>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem*, 45(4):869-75.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>
- Bastawrous, M. (2013). *Caregiver burden? A critical discussion*. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. *Aging*, 14(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/0164027592141001>
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. (2ª ed) Coimbra: Quarteto Editora.
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: Estudo transversal observacional. *Saúde & Tecnologia*, 17, 39-46. <https://doi.org/10.25758/set.1711>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Carvalho, M. I. L. B., (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós, São Paulo*, 12(1), 77-96. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i1p%25p>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chen, H.M., Huang, M.F., Yeh, Y.C., Huang, W.H., & Chen, C.S. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15(1), 20-5. <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>

- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*, 62(3), 340-350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Cohen, L. (2021). *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Volume 2: The Social Bases of Health Behavior*, First Edition. John Wiley & Sons.
- Compas, B., Connor-smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., Turró-Garriga, O., & Vilalta-Franch, J. (2019). Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: A two-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 245, 440–450. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.358>
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 929-936. <https://doi.org/10.1002/gps.2007>
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), 15-24.
- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 227-236). Lidel
- Gaugler, J. E., Menciondo, M., Smith, C. D., & Schmitt, F. A. (2003). *Cuidados com a demência secundária e suas consequências*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18(5), 300–308. <https://doi.org/10.1177/153331750301800505>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Allyn & Bacon.
- Geiger, J. R., Wilks, S. E., Lovelace, L. L., Chen, Z., & Spivey, C. A. (2015). Burden Among Male Alzheimer's Caregivers: Effects of Distinct Coping Strategies. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 238-246. <https://doi.org/10.1177/1533317514552666>

- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in psychology*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Gellman, M. D. (Ed.). (2020). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Cham: Springer International Publishing.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade- Cuidar e Compreender a Velhice* (1st ed.). Medicina e saúde.
- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000200007>
- Han, Y., Hu, D., Liu, Y., Caihong L., Luo, Z., Zhao, J., Lopez, V., & Mao, J. (2014). Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 571–577. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.002>
- Irene, M., & Carvalho, L. B. De. (2008). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Kairós Gerontologia. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X*, 12(1), 77-96. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i1p%25p>
- Jenzer, T., Read, J. P., Naragon-Gainey, K., & Prince, M. A. (2019). Coping trajectories in emerging adulthood: The influence of temperament and gender. *Journal of personality*, 87(3), 607-619. <https://doi.org/10.1111/jopy.12419>
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A., & Motalebi, S. A. (2021). Sobrecarga do cuidador e estratégias de enfrentamento em cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>
- Krutter, S., Schaffler-Schaden, D., Essl-Maurer, R., Wurm, L., Seymer, A., Kriechmayr, 32 C., Mann, E., Osterbrink, J., & Flamm, M. (2019). Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: Results of a mixed methods study in a rural setting. *Age and Ageing*, 49(2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz165>
- Lage, I. (2005). Saúde do idoso - Aproximação no seu estado de saúde. *Nursing*, (16) 195, 6-12.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, Biblioteca de psicología, psiquiatria y salud.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lima, A. (2016). O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. Portugal entre o Estado providência e as relações interpessoais. *Cadernos Pagu*, (46), 79-105. <https://doi.org/10.1590/18094449201600460079>
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. M. (2020). Impact of dementia on informal care: A systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1- 12. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- Martins, T., Peixoto, M. J., Araújo, F., Rodriguesm M., & Pires, F. (2015). Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Revista de Escola de Enfermagem Da USP*, 49(22), 236-244. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200008>
- Mant, J. (2000). Family support for stroke: a randomized controlled trial. *Lancet*, 356 (9232), 808-813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02655-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02655-6)
- Mattos, E. B. T., & Kovács, M. J. (2020). Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. *Psicologia USP*, (31). <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180023>
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. L. F., Santos, A. M. R., Fernandes, M. A., Fonseca, R. S. B. (2019). Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. *Acta paul. enferm.*, 32(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Mingote, C. M. V, C., Corte. A. E. M., Marques. E. M. B. G., & Mendes. R. M. G. (202). Estratégias de Coping de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. *Egitania Scientia*, (27). <https://doi.org/10.46691/es.v0i0377>
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* <https://movimentocuidadoresinformais.pt>
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*, Buckingham. (1ª ed.) Open University Press.
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998). Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners. *Brighton: Pavilion Publications*.

- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). CAMI: A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing*, 1(3), 822-826. <https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.14.822>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pimentel, L. (2013). *Filho és, pai serás...cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler
- Prince, M., & The 10/66 Dementia Research Group. (2004). Care arrangements for people with dementia in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 170–177. <https://doi.org/10.1002/gps.1046>
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15.
- Riedijk, S.R., De Vugt, M.E., Duivenvoorden, H.J., Niermeijer, M.F., Van Swieten, J.C., Verhey, F.R.J., & Tibben, A. (2006). Caregiver Burden, Health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 405-412. <https://doi.org/10.1159/000095750>
- Rocha, B., & Pacheco, J. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm*, 26 (1), 50-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>
- Vilar, D. G. R., & Lopes, M. M. P. (2012). A doença de Alzheimer pela voz de cuidadores informais: um estudo qualitativo. <https://doi.org/10.34628/zv4q-db51>
- Saldanha, A., & Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (2nd ed.). Interciência.
- Sharma, N., Chakrabarti, S. & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family – caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6, 7–17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491–500. <https://doi.org/10.1111/jocn.12108>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Ed.). Lidel.
- Sequeira, C. A. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9–16.

- Simonetti, J.P., & Ferreira, J.C. (2008). Coping strategies caregivers of elderly with chronic diseases develop. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42(1), 19-25. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100003>
- Siqueira, F. D., Girardon-Perlini, N. M. O., Andolhe, R., Zanini, R. R., dos Santos, E. B., & Dapper, S. N. (2021). Caring ability of urban and rural family caregivers: association with overburden, stress and coping. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55, 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019103672>
- Smith, C. A., & Kirby, L. D. (2011). The role of appraisal and emotion in coping and adaptation. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 195-208.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados Familiares na Velhice*. (2º ed.). Lisboa: Ambar
- Soeiro, J., & Araujo, M. (2020). Rompendo uma clandestinidade legal: Gênese e evolução do movimento dos cuidadores e das cuidadoras informais em Portugal. *Cidades Comunidades e Territórios*, 40, 47-66. <https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-art04>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649– 655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zarit, S. H., & Zarit, J.M. (1983). *The memory and behavior problems checklist – and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University
- <https://eurocarers.org/about-carers/> consultado em 3 de fevereiro

