



U N I V E R S I D A D E  
**LUSÓFONA**

Leonardo Teixeira Pereira Simões

**Preditores de saúde mental em cuidadores informais portugueses: O papel das  
estratégias de *coping* e da orientação positiva para a vida**

Trabalho realizado sob orientação da

**Professora Doutora Teresa Soares Souto**

e sob a coorientação da

**Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira**

março 2023





UNIVERSIDADE  
LUSÓFONA

Leonardo Pereira Simões

**Preditores de saúde mental em cuidadores informais portugueses: O papel das  
estratégias de *coping* e da orientação positiva para a vida**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia  
13/03/2022, perante o júri seguinte:

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

Arguente: Professora Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro (Professor Auxiliar da  
Universidade de Aveiro)

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Soares Souto (Professora Auxiliar da  
Universidade Lusófona do Porto).

março de 2023

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

## **Agradecimentos**

Desde uma fase inicial deste processo, beneficiei da presença de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, me apoiaram e deram força neste processo.

Começo por agradecer primeiramente à instituição académica à qual pertenço e posso chamar de casa, Universidade Lusófona do Porto, e a todos os docentes e colegas que dela fazem parte.

Queria agradecer também às Professoras Teresa Souto e Maria José Ferreira, minhas orientadoras ao longo desta jornada, pelo feedback, incentivo e paciência, com quem muito aprendi ao longo desta caminhada e que para mim foram um exemplo.

Queria agradecer a todos os meus amigos, em especial, ao José Carlos Barbosa, à Joana Magalhães, à Maria Vilas Boas, à Inês Garcia e à Rebeca Patrício pelo apoio incansável e por todos os contributos para esta dissertação.

Por último, e não menos importante, um especial obrigado à minha família que tornou isto possível.

## Resumo

O papel do cuidador informal tem-se demonstrado cada vez mais relevante no presente contexto sociodemográfico, tendo o seu número aumentado nas últimas décadas, estando estimado que existam cerca de um milhão e trezentos mil cuidadores informais em Portugal. As estratégias de *coping* mais utilizadas para lidar com as situações de stress, assim como variáveis mais disposicionais como a orientação positiva para a vida, têm-se evidenciado de enorme pertinência para a compreensão da saúde mental dos indivíduos em diferentes contextos.

**Objetivo:** Analisar a relação entre as estratégias de *coping*, a orientação positiva para a vida e a saúde mental de um grupo de cuidadores informais portugueses.

**Método:** Este estudo apresenta uma metodologia quantitativa e transversal. Participaram neste estudo 133 CI's residentes em Portugal com uma média de idades de aproximadamente 52 anos ( $DP = 16.60$ ), 76.7% dos quais identificam-se como sendo do género feminino. Estes cuidadores prestam, em média, cuidados informais há 6 anos e meio.

**Resultados:** Podemos observar uma associação significativa entre a utilização de determinadas estratégias de *coping*, a orientação positiva para a vida e as variáveis de *distress* e bem-estar. Paralelamente verificamos que a positividade e o apoio instrumental revelaram-se preditores significativos do bem-estar; o tempo de cuidado, a positividade, a autculpabilização e a reavaliação positiva revelaram-se preditores significativos da depressão; a religião, a autculpabilização e a procura de apoio emocional, revelaram-se preditores significativos de ansiedade; e, por fim, a positividade, a autculpabilização e a procura de apoio emocional revelaram-se preditores significativos do stress. Podemos observar que a orientação positiva para a vida apresenta ser o preditor que melhor explica os níveis de bem-estar, enquanto as utilizações de determinadas estratégias de *coping* parecem melhor predizer as variáveis de *distress*.

**Conclusão:** As estratégias de *coping* utilizadas e os níveis de positividade demonstram ser essenciais para a compreensão da saúde mental neste grupo de cuidadores informais. Este conhecimento específico contribuirá para o planeamento de intervenções mais informadas e adaptadas às necessidades únicas desta população.

**Palavras-Chave:** Cuidadores Informais, Estratégias de *Coping*, Orientação Positiva para a Vida e Saúde mental

### Abstract

**Introduction:** The role of the informal caregiver and shown to be more relevant in the current sociodemographic context. The number of informal caregivers has increased in the last decades and Portugal is estimated to have about a million and three hundred thousand informal caregivers. The coping strategies frequently used to deal with stressful situations, as well as dispositional variables such as positive life orientation, are of huge relevance to the comprehension of this individuals mental health in different contexts.

**Goal:** Analyze the connection between coping strategies and positive life orientation and mental health in a group of Portuguese informal caregivers.

**Methods:** This study is based on a quantitative and transversal methodology. In the study we're involved 133 informal caregivers living in Portugal. The average age was 52 years (DP = 16,60), 76,7% identified with the female gender and had on average started to provide care about 6 and a half years ago.

**Results:** We could identify a significative association between the use of specific coping strategies, positive life orientation and distress and welfare variables. Simultaneously we identified that positivity and instrumental support revealed themselves as significative welfare predictors. Duration of care, positivity, self-blame and positive reevaluation we're pinned as depression predictors. Religion, self-blame and seeking of emotional support are also associated as anxiety predictors. Lastly, positivity, self-blame and seeking of emotional support were established as stress predictors. We observed that positive life orientation is the predictor that best explains welfare levels, and on other hand the use of some specific coping strategies is best to predict stress variables.

**Conclusion:** The coping strategies used and the levels of positivity proved to be essential for understanding mental health in this group of informal caregivers. This specific knowledge will contribute to the planning of more informed interventions adapted to the unique needs of this population.

**Keywords:** Informal caregivers; Coping Strategies; Positive orientation towards life and mental health

## Índice

|                                                                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Agradecimentos</b> .....                                                                                                                                                                                | v   |
| <b>Resumo</b> .....                                                                                                                                                                                        | vi  |
| <b>Abstract</b> .....                                                                                                                                                                                      | vii |
| <b>Enquadramento teórico</b> .....                                                                                                                                                                         | 1   |
| Cuidador informal.....                                                                                                                                                                                     | 2   |
| Estratégias de <i>coping</i> no cuidador informal.....                                                                                                                                                     | 4   |
| Orientação positiva para vida nos cuidadores informais .....                                                                                                                                               | 7   |
| Estilos de <i>coping</i> , orientação positiva para vida e cuidadores informais .....                                                                                                                      | 9   |
| <b>Método</b> .....                                                                                                                                                                                        | 11  |
| Participantes.....                                                                                                                                                                                         | 11  |
| Medidas.....                                                                                                                                                                                               | 12  |
| Procedimentos.....                                                                                                                                                                                         | 14  |
| Estratégias de análise de dados .....                                                                                                                                                                      | 14  |
| <b>Resultados</b> .....                                                                                                                                                                                    | 16  |
| Análise descritiva das variáveis em estudo.....                                                                                                                                                            | 16  |
| Associação entre o tempo de prestação de cuidados, as estratégias de <i>coping</i> utilizadas, os níveis de orientação positiva para a vida, assim como de bem-estar e de <i>distress</i> psicológico..... | 18  |
| Papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de <i>coping</i> na predição do bem-estar e <i>distress</i> psicológico .....                                                                   | 20  |
| <b>Discussão</b> .....                                                                                                                                                                                     | 24  |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....                                                                                                                                                                    | 29  |

## **Índice de Tabelas**

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1.</b> Dados Sociodemográficos da amostra em estudo .....                | 11 |
| <b>Tabela 2.</b> Estatística descritiva das principais medidas .....               | 16 |
| <b>Tabela 3.</b> Tabela de correlações das principais variáveis em estudo.....     | 19 |
| <b>Tabela 4.</b> Regressão Hierárquica para previsão do bem-estar e distress ..... | 22 |

## **Lista de Abreviaturas / Acrónimos**

**ANOVA** – Analysis of Variance

**BCOP** - Brief COPE

**CI** – Cuidador Informal

**EDAS - 21** - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**INE** – Instituto nacional de estatística

**OPV** - Orientação Positiva para a Vida

**PS** – Positive scale

**SPSS** - Statistical Program for Social Sciences v28.0

**VIF** – Variance Inflation Factor

## **Enquadramento teórico**

Desde a década de 80, do séc. XX, a sociedade portuguesa tem uma evolução caracterizada por uma variação populacional significativa, com saldos demográficos negativos, relacionado com fatores como uma baixa natalidade ou como o aumento da esperança média de vida, originando um envelhecimento progressivo da população portuguesa (INE, 2021). Em Portugal, à semelhança da maioria dos países europeus, os cuidados prestados às pessoas de idade avançada são tendencialmente assegurados por elementos da família do idoso, sendo que nos últimos anos parece ter ocorrido um aumento significativo do número de cuidadores informais, estando estimado que existam cerca de um milhão e trezentos mil cuidadores informais no contexto português (Eurocares, 2021; Mattos & Kovács, 2020). Segundo a Eurocarers (2021), cerca de 80% dos cuidados prestados a indivíduos com dependência acentuada são prestados por cuidadores informais, ou seja, pessoas que cuidam, de forma não remunerada, outra pessoa com alguma doença ou outra necessidade de saúde.

Apesar de a velhice não ser sinónimo de doença, este tal contexto de envelhecimento populacional, parece estar associado a um aumento da prevalência de doenças crónicas, terminais e degenerativas e, em seguimento das mesmas e do declínio normativo e progressivo associado ao envelhecimento da população, a uma maior prevalência de indivíduos com dificuldade em realizarem autonomamente as suas atividades de vida diária (e.g. tomar banho e vestir-se) ou as suas atividades instrumentais de vida diária (e.g. conduzir e gerir as contas). Tal, por consequência, provoca pressão tanto na comunidade, como nos contextos hospitalares para dar uma resposta eficaz, pois estes mesmos indivíduos necessitam de apoio na realização das suas tarefas de quotidiano com sucesso (Bastawrous, 2013; Broeiro-Gonçalves, 2017; Teixeira, et al., 2017).

Deste contexto macrossocial vai assumindo particular relevância a figura do cuidador informal (CI), desde sempre presente na sociedade, mas apenas recentemente reconhecido, em termos legais como cuidador informal, sendo o seu estatuto reconhecido em 6 de setembro de 2019, no decreto-lei nº100/2019. Na comunidade, ser cuidador, muitas vezes, é um papel imposto por tradição e por força das normas sociais a algum parente próximo do alvo de cuidados, sem que o mesmo perceçione a opção de recusar este novo papel (e.g. sentimentos de dever moral ou evitamento de censura) (Teixeira et al., 2017). De acordo com Brodaty e Donkin (2009), CI's motivados por normas sociais

ou culturais ou por sentimentos de dever e culpa, apresentam níveis de sofrimento psicológico e sobrecarga superiores comparativamente a CI's com motivações mais positivas, como sentimentos de amor, reciprocidade ou realização pessoal.

A literatura tem demonstrado sistematicamente melhores resultados no cuidado aos idosos em contexto natural de vida comparativamente a alternativas residenciais, contudo, só com o contributo dos CI's, trajetórias de hospitalização e institucionalização podem ser evitadas, minimizando o comprometimento da qualidade de vida da população sénior (Pachana, 2016). A presença do CI poderá impedir ou atrasar o processo de institucionalização da pessoa cuidada o que, por sua vez, poderá contribuir para diminuir a progressão da deterioração física e mental, bem como diminuir a probabilidade da pessoa cuidada ter depressão, sofrer de isolamento social ou de ter possíveis consequências financeiras negativas associados ao processo de institucionalização (Laporte Uribe et al., 2017). O CI, para além da função de apoio ao alvo de cuidados, possui ainda um papel de poupança de recursos financeiros, sendo que assegura o apoio ao alvo de cuidados tendencialmente gratuitos, substituindo ou atenuando a presença de um profissional treinado ou de um processo de institucionalização consideravelmente mais dispendioso para a comunidade (Bastawrous, 2013; Teixeira, et al., 2017).

Como referido, o CI, no atual contexto, apresenta um papel essencial nos recursos de apoio da comunidade aos indivíduos dependentes, como tal é da maior relevância assegurar as suas eventuais necessidades. Brodaty e Donkin (2009), entre outros autores, referem que quando os CI's são bem apoiados pela comunidade, por exemplo, proporcionando-lhes recursos informacionais (e.g. campanhas informativas ou aconselhamento), emocionais (e.g. grupos de apoio ou psicoterapia) e instrumentais (e.g. apoio especializado ou unidades de descanso), parecem atenuar as dificuldades vivenciadas pelos mesmos e contribuir para uma melhor qualidade dos cuidados prestados e uma melhor perceção de bem-estar e saúde por parte do cuidador. Pelo contrário, quando os CI's carecem de recursos e apoios por parte da comunidade, parecem sofrer de maiores prejuízos psicossociais, financeiros e ao nível da saúde.

### **Cuidador informal**

Na literatura surgem diversas definições de Cuidador Informal, embora, em termos gerais, se possa afirmar que o CI é o indivíduo que realiza o ato de cuidado parcial ou integral, não remunerado, tanto instrumental como emocional, prestado por uma figura significativa próxima da pessoa a ser cuidada, nomeadamente familiares ou amigos, a

peessoas com doenças crónicas ou com deficiência funcional (Bastawrous, 2013). O perfil do CI não é homogéneo, embora tendencialmente seja um familiar do sexo feminino, com maior tempo disponível e a coabitar com o sujeito cuidado ou com maior proximidade geográfica do mesmo, que na maioria das vezes tende a ser a esposa ou filha da pessoa a ser cuidada (Pachana, 2016; Sharma et al., 2016; Teixeira, et al., 2017). Atualmente verifica-se um aumento progressivo do número de indivíduos do sexo masculino que são cuidadores informais nas sociedades ocidentais (Prince et al., 2004; Teixeira, et al., 2017).

A literatura refere que a maioria das pessoas alvo de cuidado tendem a ser pessoas de idade avançada com níveis de dependência acentuada, ainda que, os CI's também possam ser os progenitores de uma criança com doença crónica pediátrica, de carácter físico ou mental, o que tendencialmente aparenta ser um acontecimento altamente disruptivo (e.g. nível social e laboral) e muitas vezes stressante, que obriga a um novo reposicionamento do sistema familiar orientado para o cuidado da criança (Cousino, et al., 2013; Mendes et al., 2019). A literatura tem demonstrado que a maioria dos pais cuidadores tendem a adaptar-se rapidamente à nova realidade e ao seu papel de prestadores de cuidados, ainda que muitos deles apresentem sintomatologia significativa, como sentimentos de irritação, culpa e medo, sendo um processo emocionalmente exigente (Cousino, et al., 2013; Cox, 2016). No que diz respeito às idades dos CI's, na sua maioria, são pessoas de meia-idade, sendo que quanto mais velha é a pessoa a ser cuidada, tendencialmente, mais velho também tende a ser respetivo CI, e consequentemente, com maior necessidade de suporte para assegurar a tarefa (Alves et al., 2020).

Atualmente parece ainda existir escassa literatura sobre as características sociodemográficas e necessidades dos CI's no contexto português, existindo apenas estudos de caso de amostras representativas de determinadas comunidades ou serviços de apoio ao cuidador, sendo de elevada pertinência o investimento na averiguação das características e necessidades dos CI's portugueses, de forma a proporcionar uma melhor adequação de medidas e apoios aos mesmos. Broeiro-Gonçalves (2017) realizou um estudo com uma amostra de 230 CI's assistidos pela rede de cuidados continuados da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo 80,9% dos CI's do género feminino, 47% esposa/o e 38,9% filho/a da pessoa a cargo, 73% da amostra com idades compreendidas entre os 55 e 84 anos, sendo a faixa dos 75 aos 84 anos a mais prevalente (27,4%). Coelho Dixe e Fernandes Querido (2020) realizaram um estudo numa amostra de conveniência de 164

CI's num centro hospitalar da zona centro, sendo que nessa amostra 83% dos CI's são do género feminino, 57.9% é filho/a e 25% esposa/o da pessoa cuidada, 50.6% possui escolaridade inferior ao 9º ano, apenas 39% se encontra a trabalhar e 71% vive com a pessoa de quem cuida. Estes indicadores são concordantes com os referenciados na literatura acerca de outros países ocidentais (e.g., Pachana (2016) ou Sharma et al, 2016).

Laporte Uribe e colaboradores (2017) sugerem diferenças na vivência subjetiva do ato de cuidar em função do género do cuidador. As mulheres, na maioria das vezes, parecem apresentar níveis mais elevados de sobrecarga e desgaste físico e mental, embora também pareça existir um maior potencial para o desenvolvimento pessoal. Sharma e colaboradores (2016), na sua revisão de literatura, apontam para a incoerência dos estudos e para a falta de exploração adequada da experiência masculina, não existindo consenso sobre as diferenças de género entre os diversos autores.

Ser cuidador parece estar associado a uma sobrecarga emocional, física, social e financeira (Bastawrous, 2013; Prince, et al., 2004; Sharma, et al., 2016), a maior risco de pobreza e instabilidade laboral e isolamento (Brodsky & Donkin, 2009; Teixeira, et al., 2017), a uma taxa mais elevada de depressão e ansiedade (Cruzado e Elvira de la Morena 2013; Li et al., 2012; Roche et al., 2015) e a um perfil de vulnerabilidade ao nível da saúde, tal como a um consumo de medicamentos superior e uma autoperceção de saúde mais negativa, em comparação com a população comum (Alves et al., 2020). Tal poderá dever-se ao facto de os CI's muitas vezes colocarem de lado as suas próprias necessidades e o autocuidado em prol de priorizar as necessidades da pessoa a cargo, levando a uma deterioração do seu bem-estar e da sua saúde física e psicológica (Litzelman et al., 2018)

### **Estratégias de *coping* no cuidador informal**

O *coping* é um conceito amplo e multidimensional que pode ser conceptualizado como um esforço intencional ou involuntário do indivíduo, para prevenir ou diminuir uma ameaça ou a percepção de danos e perdas ou para reduzir o sofrimento que é muitas vezes associado a tais experiências adversas (Gellman, 2020). Laporte Uribe e colaboradores (2017) propõem que a saúde física e mental dos CI's será influenciada por fatores de stress, que variam entre os diversos indivíduos que, por sua vez, diferem nas suas características e recursos, como nos seus mecanismos preferenciais de *coping*, no apoio social, e nas suas necessidades específicas.

Uma circunstância não é, em si mesma, geradora de stress, tornando-se apenas uma situação indutora de stress quando o sujeito a avalia de forma subjetiva como excedendo os seus recursos. O sujeito, numa primeira fase, poderá percecioner o contexto como causador de dano (percecionando dano psicológico ou perda), como ameaça (antecipando um potencial fracasso) ou, por fim, como um desafio (antecipando potenciais ganhos). Numa segunda fase avaliará os seus recursos para corresponder às exigências do meio, sendo tanto mais stressora a adversidade quanto menor forem os recursos percecionados pelo sujeito (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1993).

Folkman e Lazarus (1980) definem o *coping* como o esforço intencional, cognitivo ou comportamental, para lidar com exigências adversas, internas ou externas, que são avaliadas de forma subjetiva como excedendo os recursos da pessoa. Os autores diferenciam os processos de *coping* em duas categorias distintas. Na primeira, o *coping* focado no problema, que se trata de estratégias direcionadas para alterar ou gerir a fonte do problema e, na segunda, o *coping* focado na emoção, que se refere às estratégias direcionadas a diminuir ou gerir o mau estar provocado pela situação stressora.

Os mecanismos de *coping* focado no problema serão direcionados para a resolução ou melhor gestão da situação adversa (e.g. trabalhar mais para evitar ser despedido), já os mecanismos de *coping* focados na emoção são direcionados para minimizar o sofrimento emocional provocado pela situação adversa, que poderá incluir estratégias, como estratégias de autorelaxamento (e.g. procura de apoio emocional) ou estratégias de expressão das emoções negativas (e.g. chorar) ou estratégias de foco nos problemas (e.g. ruminação). Muitas vezes o mesmo comportamento poderá corresponder a categorias diferentes de *coping*, dependendo da sua função e objetivo (e.g. procura de suporte com o objetivo de procura de apoio emocional vs. procura de suporte em procura de apoio instrumental) sendo que ambos os tipos de *coping* podem ocorrer em simultâneo e, por vezes, serem facilitadores um do outro, ocorrendo uma inter-relação entre ambos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

Mais recentemente, foi identificada uma nova categoria de estratégias de *coping*, designada como *coping* de evitamento. Este grupo de estratégias é caracterizado pelo facto de o sujeito, em vez de se focar em controlar o stressor ou o estado emocional, foca-se em evitar o acontecimento stressor e as emoções relacionadas com o mesmo (Carver et al., 1989).

As estratégias de evitamento incluem o uso de estratégias como a negação, o evitamento ou a fuga e têm como objetivo o evitamento de sentimentos como a angústia que o sujeito antecipa sentir com o confronto com a situação adversa, ainda que a longo prazo, tais estratégias tendencialmente se demonstrem ineficazes, pois o sujeito não intervém no impacto da situação causadora de stress (Gellman, 2020). Este tipo de estratégia paradoxalmente parece estar associada ao agravamento dos pensamentos negativos, a maiores níveis de ansiedade e de humor negativo e a comportamentos de risco. Entre os mesmos destacam-se comportamentos de risco como, o abuso de álcool, o uso de substâncias tanto ilícitas como lícitas (e.g. medicação) ou a comportamentos compulsivos como jogo ou compras compulsivas como forma de evitamento experiencial da situação stressora, o que, a longo prazo, parecem estar associados ao desenvolvimento de problemas ao nível social e da saúde (Carver & Connor-Smith, 2010; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

Num primeiro momento os mecanismos de *coping* tendem a ser intencionais, embora com a repetição se tornem comportamentos automáticos, em que muitas vezes o sujeito não possui perceção do uso dos mesmos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Não existem estratégias de *coping* universalmente adaptativas ou desadaptativas, o seu grau de eficácia vai depender da interação com a situação que desencadeia a experiência de stress (Cohen, 2021). O *coping*, ou seja, a resposta cognitiva, afetiva ou comportamental de adaptação aos stressores aparenta ser um preditor fundamental para compreender o bem-estar psicológico nos CI's, sendo o mesmo passível de intervenção, não possuindo um carácter estático, embora relativamente contínuo ao longo do tempo (Roche et al., 2015).

Li e colaboradores (2012), na sua revisão de literatura, encontram evidências de uma associação entre a utilização de estratégias de *coping* de evitamento com níveis mais elevados de depressão e ansiedade e de uma associação entre a utilização de *coping* focado na aceitação e procura de suporte com níveis inferiores de depressão e ansiedade em CI's. Já Litzelman e colaboradores (2018) parecem associar o *coping* de evitamento e o *coping* focado no problema a piores resultados ao nível da saúde física e da qualidade do sono em cuidadores de doentes com cancro. Contrariamente à da tendência reportada na literatura acerca da população geral, no estudo de Li e colaboradores (2012) é referido que o *coping* focado no problema parece não apresentar qualquer associação com a saúde

mental do CI, o que se poderá atribuir à inevitabilidade da progressão das doenças crónicas ou degenerativas.

Brandtstadter e Renner (1990) apresentam-nos o conceito de *coping* de acomodação, que tem a sua origem nas teorias de envelhecimento bem-sucedido, que consiste na adoção pelo sujeito de uma postura de aceitação e adaptação dos seus objetivos diante das interferências intransponíveis, o que literatura parece relacionar com resultados positivos na adaptação a eventos incontroláveis. Seltzer e colaboradores (2004) no seu estudo com uma amostra de CI's constituída por pais de crianças com problemas graves de saúde mental e, posteriormente, Piazza e colaboradores (2014), numa amostra de CI's com idades superiores a 65 anos, de adultos com deficiências do desenvolvimento, associam o uso de estratégias de acomodação a níveis mais elevados de bem-estar e de saúde física e a menores níveis de sobrecarga e de sintomatologia depressiva ou ansiosa.

### **Orientação positiva para vida nos cuidadores informais**

A Orientação Positiva para a Vida (OPV) é uma predisposição atitudinal do indivíduo para uma orientação otimista para a vida e para a confiança no futuro, que integra três subconstrutos fortemente correlacionados entre si, nomeadamente a satisfação com a vida, a autoestima e o otimismo, relacionados na forma como orientam a visão do sujeito do mundo e da realidade. A OPV parece estar associada ao melhor funcionamento individual e à adaptação bem-sucedida dos indivíduos aos diferentes ambientes e desafios e a níveis mais elevados de bem-estar na população geral (Byra et al., 2021; Caprara, 2009; Schultz & Schultz, 2016).

A satisfação com a vida refere-se à avaliação subjetiva do sujeito dos diferentes domínios e relacionamentos que tornam a sua vida significativa, sendo a mesma influenciada por fatores externos ao sujeito. A satisfação com a vida parece predizer o grau de gratificação que o sujeito retira das suas atividades ou relacionamentos (Alessandri et al., 2012; Diener, 2009). Sandstedt e colaboradores (2018) associam ser CI a níveis inferiores de satisfação com a vida, em comparação com a população geral, ainda que relatem que a experiência positiva do ato de cuidar parece ser preditor de maiores níveis de satisfação com a vida por parte do cuidador.

A autoestima relaciona-se com a autoavaliação e o grau de autoaceitação geral do sujeito para consigo, sendo que uma autoestima positiva se traduz numa avaliação favorável do *self* e uma autoestima negativa numa avaliação desfavorável do mesmo.

Sujeitos com uma autoestima positiva tendem a adotar estratégias mais adaptativas para lidar com as adversidades e são mais propensos a não desistir dos seus objetivos, assim como tendem a envolver-se em situações sociais, atividades ou comportamentos promotores de emoções positivas, em comparação com os sujeitos com menores níveis de autoestima (Alessandri et al., 2012; Orth et al., 2012).

Orth e colaboradores (2022) consideram que uma autoestima positiva parece estar associada a melhores resultados ao nível escolar, laboral, das relações interpessoais e de saúde física e mental, bem como a menor probabilidade do indivíduo adquirir comportamentos antissociais. Hajek, e König (2018) no seu estudo longitudinal com uma amostra de 21271 CI's alemães, não encontraram resultados significativos entre o ato de cuidar e os níveis de autoestima dos cuidadores, o que parece sugerir que ser CI não é preditor dos níveis de autoestima.

O otimismo refere-se a uma visão sobre futuros eventos orientada para os possíveis aspetos positivos em detrimento dos negativos, o que parece estar relacionado com uma melhor adaptação ao stress, provocando benefícios significativos no bem-estar físico e psicológico do sujeito (Scheier & Carver, 1992). Skinner e Zimmer-Gembeck (2016) associam o otimismo a níveis inferiores de depressão, a um melhor rendimento escolar, laboral e desportivo e ainda a melhor qualidade nas relações interpessoais. Já na população de CI's, Ponsoda e Díaz (2017) parecem associar maiores níveis de otimismo a uma resposta mais adaptativa ao stress e à sobrecarga e Díaz e colaboradores (2020) a maior perceção de suporte por parte dos cuidadores.

A Orientação Positiva para a Vida envolve uma predisposição atitudinal face ao “eu”, aos “outros” e ao “mundo”, que influencia a forma como o indivíduo age perante as adversidades, estando associada a resultados positivos em diversos domínios do funcionamento (Caprara, 2009). Tem ainda sido associada a níveis mais elevados de autoeficácia, de realização de objetivos pessoais, de felicidade subjetiva, de saúde física e a níveis inferiores de neuroticismo e de sintomatologia depressiva, parecendo assim contribuir para um autoconceito e uma visão do mundo mais positiva, mesmo face às contrariedades (Capara et al., 2019).

Diversos autores, tais como Lyubormisky e colaboradores (2005) na sua meta-análise ou, posteriormente, Alessandri e colaboradores (2015) ou Luengo Kanacri e colaboradores (2017), entre outros, associam na população geral a OPV a melhores

resultados ao nível da saúde física e mental, do sucesso escolar e laboral e a relações interpessoais mais positivas. Yildirim e Güler (2021) no seu estudo associam, numa amostra de 3109 participantes no contexto pandémico de COVID-19, níveis mais elevados de OPV a menor perceção de sofrimento, níveis inferiores de angústia por medo de morrer e a níveis mais elevados de felicidade.

A literatura acerca da OPV, ainda que relativamente recentes, têm sistematicamente demonstrado que existe uma forte relação entre os três constructos que compõem a OPV, tendo ainda sido demonstrada a validade empírica do constructo, com recurso a diversas medidas e aplicabilidade terapêutica em diversos contextos e grupos (Compton & Holffman, 2019; Schultz & Schultz, 2016). Embora ainda seja escassa a literatura que associe a OPV com melhores resultados em saúde mental na população de CI's (Byra et al., 2021), será relativamente simples supor que, sendo uma predisposição atitudinal que influencia positivamente o funcionamento global e contribua para níveis mais elevados de bem-estar, os mesmos resultados se verifiquem nesta população à semelhança do que ocorre na população geral.

### **Estilos de *coping*, orientação positiva para vida e cuidadores informais**

A literatura, ainda que seja escassa acerca desta temática, tem demonstrado que a utilização de determinados estilos de *coping* parece ser potenciada pela presença de determinados traços de personalidade ou atitudinais, nomeadamente a OPV (Byra et al., 2021; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Apesar de os estilos de *coping* parecerem ser influenciados por determinados traços de personalidade (eg. otimismo e pessimismo), os construtos são destintos entre si, uma vez que os traços de personalidade aparentam ser mais permanentes que os estilos de *coping*, que se apresentam como mais maleáveis e passíveis de mudança e potencial intervenção (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

Diversos autores têm vindo a associar a OPV como preditor da utilização preferencial de determinadas estratégias de *coping*, sendo que Kupcewicz e Jóźwik (2019) no seu estudo numa população de 1806 enfermeiros, associam a presença de níveis mais altos de OPV a participantes que usam estratégias mais adaptativas face às adversidades e com a utilização de estratégias de *coping* como planeamento, procura de apoio emocional, reavaliação positiva, aceitação e procura de apoio instrumental e com menores níveis de utilização de estratégias de *coping* como autculpablização ou o desinvestimento comportamental. Já Byra e Colaboradores (2021) no seu estudo, numa

população de CI's, sugerem uma associação entre a OPV e os com estilos de *coping* focados na procura de suporte.

Como principal objetivo de investigação procuramos **analisar a relação entre as estratégias de *coping*, a orientação positiva para a vida e a saúde mental de um grupo de cuidadores informais portugueses.**

Como objetivos específicos propomos:

- **Analisar quais são as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores informais para lidar com situações de stress;**
- **Explorar as associações entre o tempo de prestação de cuidados, as estratégias de *coping* utilizadas, os níveis de orientação positiva para a vida, assim como de bem-estar e de *distress* psicológico;**
- **Analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* no bem-estar e no *distress* psicológicos dos cuidadores informais.**

## Método

### Participantes

Participaram neste estudo 133 CI's residentes em Portugal, com uma média de idades de aproximadamente 52 anos ( $DP = 16.60$ ), sendo que o participante mais novo possui 20 anos e o mais velho 87 anos. Quanto ao género 76.7% dos participantes identificam-se como sendo do género feminino. A média de tempo de cuidado encontra-se aproximadamente nos 80 meses de cuidado ( $DP = 76.313$ ), ou seja, realizam o ato de cuidar há cerca de 6 anos e meio. Relativamente às condições socioeconómicas, 46% da amostra encontra-se a trabalhar enquanto exercem a função de CI, 38,3% possui o 12º ano de escolaridade e 36,1% possui habilitações superiores. A maioria dos participantes (51,1%) considera o seu estatuto socioeconómico como médio. Por fim, 39.1% dos participantes afirmam receber apoio no ato de cuidados.

**Tabela 1. Dados Sociodemográficos da amostra em estudo**

| N = 133                     |     |       |
|-----------------------------|-----|-------|
| Variáveis                   | N   | %     |
| <b>Género</b>               |     |       |
| Masculino                   | 31  | 23.3% |
| Feminino                    | 102 | 76.7% |
| <b>Grau de escolaridade</b> |     |       |
| 4º ano                      | 10  | 7.5%  |
| 6º ano                      | 8   | 6%    |
| 9º ano                      | 16  | 12%   |
| 12º ano                     | 51  | 38.3% |
| Licenciatura                | 38  | 28.6% |
| Mestrado                    | 10  | 7.5%  |
| <b>Estado civil</b>         |     |       |
| Solteiro/a                  | 30  | 22.6% |
| Casado/a                    | 46  | 34.6% |
| Viúvo/a                     | 51  | 38.3% |
| Divorciado/a                | 4   | 3%    |
| União de facto              | 2   | 1.5%  |

|                                             |    |       |
|---------------------------------------------|----|-------|
| <b>Nível socioeconómico</b>                 |    |       |
| Baixo                                       | 20 | 15%   |
| Medio/baixo                                 | 36 | 27.1% |
| Medio                                       | 69 | 51.9% |
| Medio/alto                                  | 8  | 6%    |
| <b>Desempenha outra tarefa profissional</b> |    |       |
| Sim                                         | 58 | 46%   |
| Não                                         | 68 | 54%   |
| <b>Recebe algum tipo de apoio</b>           |    |       |
| Sim                                         | 52 | 39.1% |
| Não                                         | 81 | 60.9% |

### Medidas

O questionário sociodemográfico inclui os dados do participante e da pessoa alvo de cuidados e pesquisa informação relativamente à idade, género, nacionalidade, zona de residência, estado civil, grau de escolaridade, nível socioeconómico, número de pessoas que compõem o agregado familiar, se estão sob tratamento para alguma condição física e ou psicológica/psiquiátrica e diagnóstico e tipo de tratamento, se for o caso.

**Brief COPE** (Carver, 1997). O Brief COPE (BCOP), é uma escala adaptada à população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004) que avalia os estilos e as estratégias de *coping* utilizados. É constituído por 14 subescalas de dois itens cada, perfazendo um total de 28 itens. Cada item é composto por 4 níveis de resposta, numa escala tipo Likert, desde “Nunca utilizo” a “Utilizo muitas vezes”. O instrumento possui 14 subescalas, respetivamente: o planeamento; *coping* ativo; suporte instrumental; suporte emocional; religião; reinterpretação positiva; autculpabilização; aceitação; expressão de sentimentos; negação; autodistração; desinvestimento comportamental; uso de substâncias e humor. A partir do somatório destes itens, é possível obter um “score total” entre valores de 2 a 8. As subescalas referidas podem ser descritas em três grupos, nomeadamente o *coping* focado na emoção que inclui 8 tipo de estratégias (apoio emocional, reinterpretação positiva, expressão de sentimentos, humor, aceitação, religião, uso de substâncias e autculpabilização), o *coping* focado no problema que integra três estratégias (*coping* ativo, planeamento e suporte instrumental), e o *coping* de evitamento que integra duas estratégias (o desinvestimento comportamental e a negação). Para a

presente amostra o valor do *Alfa de Cronback* é de .875 na subescala de abuso de substâncias; de .807 na subescala de aceitação; de .488 de apoio emocional; de .779 na subescala de apoio instrumental; de .555 na subescala de auto-cupablização; de .535 na subescala de auto-distração; de .592 na subescala de *coping* ativo; de .582 na subescala de desinvestimento comportamental; de .653 na subescala de humor; de .685 na subescala de negação; de .536 na subescala de planeamento; de .706 na subescala de reavaliação positiva; de .768 na subescala de religião e por fim, de .366 na subescala de ventilação emocional.

**Depression Anxiety Stress Scales – 21** (Lovibondo & Lovibondo, 1995) A Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) ou Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), adaptada e validada por Ribeiro e colaboradores (2004) a população portuguesa, constitui uma escala de 21 itens adaptada de uma escala original composta por 42 itens, distribuídos por três dimensões, nomeadamente depressão, ansiedade e stress. Cada item é composto por quatro pontos, correspondendo a precessão do avaliado sobre a presença de um determinado sintoma. Na população portuguesa na subescala de depressão scores entre 0-9 são normativos, entre 10-12 são ligeiros, entre 13-20 são moderados, entre 21-27 são severos e entre 28-42 são extremamente severos; na subescala de ansiedade scores entre 0-6 são normativos, entre 7-9 são ligeiros, entre 10-14 são moderados, entre 15-19 são severos e entre 20-42 são extremamente severos; por fim, na subescala de stress scores entre 0-10 são normativos, entre 11-18 são ligeiros, entre 19-26 são moderados, entre 27-34 são severos e por fim entre 35-42 são extremamente severos. Para a presente amostra o valor do *Alfa de Cronback* é de .893 na subescala de depressão, .907 na subescala de ansiedade e .906 na subescala de stress.

**PERMA – Questionário de florescimento psicológico** (Butler & Kern, 2016), validado para a população portuguesa por Alves e colaboradores (2016), mede um perfil de bom funcionamento composto pela presença de 5 domínios, nomeadamente, a tendência de sentir emoções positiva (**P**ositive emotion); o engajamento (**E**ngagement), ou seja, sentir-se interessado ou absorvido por uma atividade; o expressar e receber apoio social (**R**elationships); o sentir-se parte de algo maior do que a existência individual (**M**eaning) e, por fim, a realização e o foco em atingir um objetivo (**A**ccomplishment). Este questionário é composto por 3 subescalas (bem-estar geral; saúde física; emoção negativa) e 23 itens, medidos numa escala de 0 a 6, que poderá atingir um total de 7 pontos por item, sendo os scores totais obtidos através do somatório dos itens correspondentes a

cada subescala, dado que quanto mais alto for o valor do score, mais alto é o nível de bem-estar, saúde física e emoção negativa.

**Positivity Scale** (Capara et al, 2012). A Positivity Scale (PS) é uma escala que mede o nível de orientação positiva para a vida e foi validada à população portuguesa por Cruz e colaboradores (2016), sendo constituída por 8 itens e utiliza uma escala de Likert, com 5 níveis de resposta, desde “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”. O somatório de todos os itens permite obter o score total da escala, e os valores podem oscilar entre 8 e 40 pontos. Quanto mais elevado o score obtido maior a orientação positiva para a vida. Para a presente amostra o valor do *Alfa de Cronback* é de .79.

### **Procedimentos**

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa e transversal. A recolha de dados foi realizada de forma não aleatória, pelo método *Snowball*, através da plataforma online “LimeSurvey”, que salvaguarda os direitos dos participantes. O *link* para a participação do estudo foi divulgado através das associações de apoio a CI’s, assim como, em comunidades virtuais de CI’s através das redes sociais.

Na parte inicial do protocolo foi apresentado aos participantes o consentimento informado onde foram descritos os objetivos de estudo, assim como os procedimentos metodológicos, designadamente acerca da participação voluntária e informada no estudo, a possibilidade de desistir da participação, acerca da privacidade e confidencialidade e, por fim, sobre os procedimentos de armazenamento e destruição dos dados. Os participantes também foram informados de que não se antecipam eventuais riscos, desconfortos ou outros efeitos adversos associados à sua participação. Por fim, foram ainda fornecidos os contactos dos investigadores principais para o esclarecimento de qualquer dúvida associada ao estudo ou à sua participação e foi ainda assegurado o total anonimato das respostas.

### **Estratégias de análise de dados**

Para o tratamento e análise de dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS *Statistics* versão 28. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis em estudo. Num segundo momento foi utilizado o teste de correlação de *Pearson* para

analisar as associações entre as respectivas variáveis, sendo verificado à *priori* os pressupostos para a correspondente análise (Cohen, 1989; Marôco, 2010).

Por fim, para analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e do *distress* psicológico, controlando o efeito da idade, do género e do tempo de cuidado, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente, a existência de uma relação linear entre as variáveis, bem como o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros, tendo-se validado os três primeiros por inspeção visual dos resíduos e o último com a estatística de Durbin-Watson ( $d \approx 2 (\pm 0.4)$ ), conforme descrito em Marôco (2010). A medida VIF (*Variance Inflation Fator*), não revelou problemas relacionados com a multicolinearidade, já que  $VIF < 10$ , para todas as variáveis independentes (Myers, 1986).

Considerou-se um nível de significância de .05.

## Resultados

### Análise descritiva das variáveis em estudo

De modo a dar resposta ao primeiro objetivo realizaram-se análises descritivas as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes. Foram também analisadas as principais medidas utilizadas, nomeadamente, os níveis médios de depressão, ansiedade, presentes na Dass-21 e os níveis médios nas subescalas do PERMA e da escala da positividade (Tabela 2).

**Tabela 2. Estatística descritiva das principais medidas**

|                          | (N =133) |            |            |          |           |
|--------------------------|----------|------------|------------|----------|-----------|
|                          | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| <b>BCOP</b>              |          |            |            |          |           |
| Abuso de substâncias     | 133      | 2          | 8          | 2.38     | 1.071     |
| Aceitação                | 133      | 2          | 8          | 6.71     | 1.659     |
| Auto-culpabilização      | 133      | 2          | 8          | 3.82     | 1.757     |
| Auto-distração           | 133      | 2          | 8          | 4.74     | 1.952     |
| Coping ativo             | 133      | 2          | 8          | 6.51     | 1.608     |
| Desinvestimento comport. | 133      | 2          | 8          | 2.97     | 1.440     |
| Humor                    | 133      | 2          | 8          | 5.26     | 2.047     |
| Negação                  | 133      | 2          | 8          | 3.50     | 1.865     |
| Planeamento              | 133      | 2          | 8          | 6.23     | 1.581     |
| Reavaliação positiva     | 133      | 2          | 8          | 6.29     | 1.722     |
| Religião                 | 133      | 2          | 8          | 4.71     | 2.180     |
| Suporte emocional        | 133      | 2          | 8          | 4.71     | 1.791     |
| Suporte instrumental     | 133      | 2          | 8          | 4.97     | 2.048     |
| Ventilação emocional     | 133      | 2          | 8          | 4.89     | 1.787     |
| <b>DASS-21</b>           |          |            |            |          |           |
| Depressão                | 133      | 0          | 19         | 5.46     | 4.764     |
| Depressão <sup>2</sup>   |          |            |            | 10.92    | 9.528     |
| Ansiedade                | 133      | 0          | 21         | 4.35     | 4.845     |
| Ansiedade <sup>2</sup>   |          |            |            | 8.7      | 9.69      |
| Stress                   | 133      | 0          | 21         | 7.42     | 5.159     |
| Stress <sup>2</sup>      |          |            |            | 14.84    | 10.318    |

|                         |     |    |    |      |       |
|-------------------------|-----|----|----|------|-------|
| <b>PERMA</b>            |     |    |    |      |       |
| Emoções positivas       | 133 | 0  | 10 | 5.80 | 2.675 |
| Envolvimento            | 133 | 0  | 10 | 6.09 | 2.189 |
| Relações                | 133 | 0  | 10 | 6.04 | 2.782 |
| Significado             | 133 | 0  | 10 | 6.58 | 2.688 |
| Realização              | 133 | 0  | 10 | 6.06 | 2.249 |
| Emoções negativas       | 133 | 0  | 10 | 4.82 | 2.593 |
| Saúde física            | 133 | 0  | 10 | 4.84 | 2.944 |
| Solidão                 | 133 | 0  | 10 | 5.24 | 3.580 |
| Bem-estar geral         | 133 | 0  | 10 | 6.10 | 3.067 |
| Bem-estar total         | 133 | 0  | 10 | 6.11 | 2.146 |
| <b>Positivity Scale</b> |     |    |    |      |       |
| Total                   | 133 | 12 | 40 | 27.3 | 6.474 |

Podemos observar que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes deste estudo são a aceitação ( $M = 6.71$ ;  $DP = 1.071$ ), o *coping* ativo ( $M = 6.51$ ;  $DP = 1.608$ ), a reavaliação positiva ( $M = 6.29$ ;  $DP = 1.722$ ) e o planeamento ( $M = 6.23$ ;  $DP = 1.581$ ). Já as estratégias menos usadas pelos participantes são o abuso de substâncias ( $M = 2.38$ ;  $DP = 1.071$ ), o desinvestimento comportamental ( $M = 2.97$ ;  $DP = 1.440$ ) e a negação ( $M = 3.50$ ;  $DP = 1.865$ ).

No que diz respeito aos níveis de *distress* a amostra apresenta níveis ligeiros de depressão ( $M = 10.92$ ;  $DP = 9.528$ ), de ansiedade ( $M = 8.7$ ;  $DP = 9.69$ ) e de stress ( $M = 14.84$ ;  $DP = 10.318$ ) dentro dos valores normativos para a população geral (Ribeiro et al., 2004). No que diz respeito ao bem-estar geral a amostra apresenta níveis médios de 6.10 ( $DP = 2.146$ ) e podemos observar que as dimensões de bem-estar com níveis mais elevados são o significado ( $M = 6.58$ ;  $DP = 2.688$ ), seguido do envolvimento ( $M = 6.09$ ;  $DP = 2.189$ ). Paralelamente podemos realçar que foram encontrados níveis médios mais elevados de emoções positivas ( $M = 5.80$ ;  $DP = 2.675$ ), comparativamente às emoções negativas ( $M = 4.82$ ;  $DP = 2.593$ ). Por fim, foram encontrados níveis médios de positividade de 27.3 ( $DP = 6.474$ ).

**Associação entre o tempo de prestação de cuidados, as estratégias de *coping* utilizadas, os níveis de orientação positiva para a vida, assim como de bem-estar e de *distress* psicológico**

No que diz respeito às correlações entre as diferentes variáveis em estudo, os resultados dos testes de correlação de *Pearson* (cf. Tabela nº 3) sugerem que a OPV está correlacionada de forma positiva e significativa com o bem-estar geral dos participantes e de forma negativa e significativa com os níveis de depressão, ansiedade e stress. A OPV está ainda correlacionada de forma positiva e significativa com a utilização de estratégias de *coping* como a procura de suporte instrumental, a procura de suporte emocional, a religião e a reavaliação positiva. Por fim, demonstra-se estar correlacionada de forma negativa com a utilização de estratégias como a autculpabilização e o desinvestimento comportamental.

A variável depressão está correlacionada de forma positiva e significativa com a utilização de estratégias de *coping* como a autculpabilização, a ventilação emocional, a negação, a autodistração, o desinvestimento comportamental e o abuso de substâncias e de forma negativa e significativa com o uso de estratégias de reavaliação positiva. A variável ansiedade encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com o uso de estratégias de *coping* como a autculpabilização, a negação, a autodistração e o desinvestimento comportamental e encontra-se correlacionada de forma negativa com a reavaliação positiva. Por último, a variável stress encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com a utilização de estratégias como autculpabilização, negação, autodistração, desinvestimento comportamental e abuso de substâncias.

Já bem-estar geral encontra-se correlacionado de forma positiva e significativa com a utilização de estratégias de *coping* como a procura de suporte instrumental, a procura de suporte emocional e a reavaliação positiva e encontra-se correlacionado de forma negativa com a utilização de estratégias como a autculpabilização, a negação e o desinvestimento comportamental. Por fim, o tempo de cuidado encontra-se correlacionado de forma positiva com estratégias de reavaliação positiva e aceitação e de forma negativa com os níveis de depressão. Não foi encontrada qualquer associação entre o tempo de cuidado e a orientação positiva para a vida.

Tabela 3. Tabela de correlações das principais variáveis em estudo

|                         | I          | TC        | D            | S            | A            | CCA         | CP          | CSI         | CR          | CRP         | CAC          | CA          | CVE         | CN             | CAD        | CDC          | CAS   | CH    | CSE         | BET         | P |
|-------------------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|----------------|------------|--------------|-------|-------|-------------|-------------|---|
| <b>Idade</b>            | 1          |           |              |              |              |             |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Tempo de cuidar</b>  | -.089      | 1         |              |              |              |             |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Depressão</b>        | -.083      | .199<br>* | 1            |              |              |             |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Stress</b>           | -.141      | .056      | .812<br>***  | 1            |              |             |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Ansiedade</b>        | -.020      | .056      | .785<br>***  | .799<br>***  | 1            |             |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Cop. Ativo</b>       | -.164      | .005      | .032         | .093         | -.023        | 1           |             |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Planeamento</b>      | -.139      | .032      | .162         | .148         | .072         | .677<br>*** | 1           |             |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Sup instr.</b>       | .100       | -.149     | .003         | .035         | .009         | .343<br>*** | .346<br>*** | 1           |             |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Religião</b>         | .054       | .049      | .130         | .086         | .181<br>*    | .155<br>**  | .235<br>**  | .408<br>*** | 1           |             |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Reavaliação pos.</b> | -.173<br>* | .204<br>* | -.199<br>*   | -.128        | -.196<br>*   | .394<br>*** | .534<br>*** | .189<br>*   | .112        | 1           |              |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Autocupablização</b> | -.149      | .082      | .560<br>***  | .531<br>***  | .426<br>***  | .108        | .187<br>*   | -.054       | .067        | .008        | 1            |             |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Aceitação</b>        | -.083      | .198<br>* | .098         | .065         | -.008        | .552<br>*** | .609<br>*** | .254<br>**  | .163        | .613<br>*** | .055         | 1           |             |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Ventilação emoc.</b> | -.094      | .048      | .170<br>*    | .161         | .120         | .408<br>*** | .401<br>*** | .428<br>*** | .215<br>*   | .264<br>**  | .213<br>*    | .344<br>*** | 1           |                |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Negação</b>          | .087       | .007      | .280<br>**   | .262<br>**   | .352<br>***  | .026        | .053        | .137        | 1.83<br>*   | -.088       | .217<br>*    | -.025       | .240<br>**  | 1              |            |              |       |       |             |             |   |
| <b>Autodistração</b>    | -.145      | .079      | .257<br>**   | .220<br>*    | .193<br>*    | .294<br>**  | .365<br>*** | .239<br>**  | .220<br>*   | .121        | .206<br>*    | .210*       | .407<br>*** | .099           | 1          |              |       |       |             |             |   |
| <b>Desinvestimento</b>  | .064       | -.010     | .303<br>***  | .287<br>**   | .335<br>***  | -.163       | -.047       | -.029       | .026        | -.097       | .312<br>*    | -.032       | .125        | .519<br>**     | .092       | 1            |       |       |             |             |   |
| <b>Abuso de subst.</b>  | .005       | -.082     | .208<br>*    | .207<br>*    | .240<br>**   | -.102       | .009        | -.022       | -.007       | -.160       | .089         | -.121       | -.120       | .075           | -.041      | .071         | 1     |       |             |             |   |
| <b>Humor</b>            | -.192<br>* | .045      | -.081        | -.028        | -.075        | .310<br>*** | .319<br>*** | .025        | .044        | .466<br>*** | .030         | .394<br>*** | .205<br>*   | -.089          | .223<br>** | -.077        | -.149 | 1     |             |             |   |
| <b>Sup. emocional</b>   | .117       | -.076     | -.019        | .056         | .037         | .242<br>**  | .244<br>**  | .623<br>*** | .261<br>**  | .225<br>**  | -.137        | .247<br>**  | .354<br>*** | .057<br>*      | .187<br>*  | -.115        | -.063 | -.010 | 1           |             |   |
| <b>Bem-estar total</b>  | .047       | -.047     | -.502<br>*** | -.422<br>*** | -.371<br>*** | .039        | .025        | .369<br>*** | .170        | .255<br>**  | -.405<br>*** | .111        | .063        | -<br>.174<br>* | -.064      | -.312<br>*** | -.127 | .081  | .301<br>*** | 1           |   |
| <b>Positividade</b>     | .101       | -.047     | -.442<br>*** | -.432<br>*** | -.313<br>*** | .043        | .071        | .375<br>*** | .346<br>*** | .283<br>**  | -.423<br>*** | .164        | 1.44        | -.064          | -.032      | -.172<br>*   | -.155 | .142  | .382<br>*** | .704<br>*** | 1 |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

### **Papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e distress psicológico**

Para analisar o papel da OPV e das estratégias de *coping* na predição do bem-estar e *distress* psicológico, controlando o efeito da idade, género e tempo de cuidado, realizaram-se quatro regressões lineares múltiplas hierárquicas. Na realização de cada regressão, consideraram-se três blocos. No primeiro, a idade, o género e o tempo de cuidado entraram como variáveis independentes como forma de controlar o efeito destas variáveis. No segundo bloco foi adicionada a OPV e, por fim, no terceiro bloco foram adicionadas as estratégias de *coping*. Só foram adicionadas ao modelo de predição as estratégias de *coping* com associações positivas com as variáveis dependentes em estudo.

No que diz respeito ao bem-estar, no primeiro bloco, o modelo não se demonstrou estatisticamente significativo ( $F(3,124) = 1.133, p = .338, R^2 = .027$ ), tendo a idade, o género e o tempo de cuidado explicado apenas cerca de 3% da variância do bem-estar. Ao introduzir a positividade no modelo, este passou a explicar uma variância adicional de cerca de 46%, sendo este aumento significativo ( $F(1,123) = 108.392, p < .001, R^2 = .483$ ). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este modelo passou a explicar uma variância adicional de cerca de 8%, sendo o aumento significativo ( $F(10,113) = 1.925, p < .049, R^2 = .558$ ). No modelo final ( $F(14,127) = 10.187, p < .001, R^2 = .558$ ), a positividade e o apoio instrumental revelaram-se preditores significativos do bem-estar (cf. Tabela 4), sendo ambos preditores positivos.

Relativamente à depressão, no bloco 1, o modelo não se demonstrou estatisticamente significativo ( $F(3,124) = 2.126, p = .100, R^2 = .049$ ), tendo a idade, o género e o tempo de cuidado explicado apenas cerca de 5% da variância da depressão. Ao introduzir a positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de cerca de 16%, sendo este aumento significativo ( $F(1,123) = 24.396, p < .001, R^2 = .206$ ). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este modelo passou a explicar uma variância adicional de cerca de 30%, sendo o aumento significativo ( $F(10,113) = 7.157, p < .001, R^2 = .514$ ). No modelo final ( $F(14,127) = 10.187, p < .001, R^2 = .514$ ), o tempo de cuidado, a positividade, a autculpabilização e a reavaliação positiva revelaram-se preditores significativos da depressão (cf. Tabela 4), sendo que a positividade e a reavaliação positiva demonstram ser preditores negativos.

Relativamente à ansiedade, no bloco 1, o modelo não se demonstrou estatisticamente significativo ( $F(3,124) = .569, p = .636, R^2 = .014$ ), tendo a idade, o género e o tempo de cuidado explicado apenas cerca de 1% da variância da ansiedade. Ao introduzir a positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de cerca de 7%, sendo este aumento significativo ( $F(1,123) = 9.862, p = .002, R^2 = .087$ ). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este modelo passou a explicar uma variância adicional de cerca de 28%, sendo o aumento significativo ( $F(10,113) = 5.032, p < .001, R^2 = .368$ ). No modelo final ( $F(14,127) = 4.703, p < .001, R^2 = .368$ ), a religião, a autculpabilização e a procura de apoio emocional, revelaram-se preditores significativos de ansiedade (cf. Tabela 4), sendo ambos preditores positivos.

Por fim, relativamente ao stress, no bloco 1, o modelo não se demonstrou estatisticamente significativo ( $F(3,124) = .950, p = .419, R^2 = .022$ ), tendo a idade, o género e o tempo de cuidado explicado apenas cerca de 2% da variância do stress. Ao introduzir a positividade no modelo, passou a explicar uma variância adicional de cerca de 15%, sendo este aumento significativo ( $F(1,123) = 21.992, p < .001, R^2 = .171$ ). Ao acrescentar as estratégias de *coping* no modelo, este modelo passou a explicar uma variância adicional de cerca de 27%, sendo o aumento significativo ( $F(10,113) = 5.321, p < .001, R^2 = .436$ ). No modelo final ( $F(14,127) = 6.245, p < .001, R^2 = .436$ ) a positividade, a autculpabilização e a procura de apoio emocional revelaram-se preditores significativos do stress (cf. Tabela 4), sendo que a positividade demonstram-se ser preditor negativo.

Tabela 4. Regressão Hierárquica para previsão do bem-estar e distress

|                  | Bem-estar |           | Depressão |           | Ansiedade |          | Stress  |           |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|-----------|
|                  | <i>B</i>  | <i>T</i>  | <i>B</i>  | <i>T</i>  | $\beta$   | <i>t</i> | $\beta$ | <i>t</i>  |
| Bloco 1          |           |           |           |           |           |          |         |           |
| Idade            | -.038     | -.424     | -.027     | -.299     | .048      | .528     | -.074   | -.819     |
| Género           | -.158     | -1.759    | .089      | 1.004     | .098      | 1.085    | .108    | 1.198     |
| Tempo de cuidado | -.033     | -.370     | .187      | 2.117*    | .050      | .552     | .038    | .424      |
| R <sup>2</sup>   | .027      |           | .049.     |           | .014      |          | .022    |           |
| Bloco 2          |           |           |           |           |           |          |         |           |
| Idade            | -.068     | -1.032    | -.009     | -.111     | .060      | .682     | -.057   | -.680     |
| Género           | -.078     | -1.172    | .042      | .511      | .066      | .749     | .062    | .740      |
| Tempo de cuidado | -.012     | -.189     | .175      | 2.154*    | .041      | .475     | .026    | -.316     |
| Positividade     | .682      | 10.411*** | -.404     | -4.939*** | -.273     | -3.140** | -.389   | -4.690*** |
| R <sup>2</sup>   | .483***   |           | .206***   |           | .087*     |          | .171*** |           |
| AR <sup>2</sup>  | .466***   |           | .181***   |           | .057**    |          | .144*** |           |
| Bloco 3          |           |           |           |           |           |          |         |           |
| Idade            | -.050     | -.730     | -.057     | -.791     | -.015     | -.189    | -.091   | -1.178    |
| Genero           | -.060     | -.851     | -.058     | -.794     | -.036     | -.424    | -.046   | -.585     |
| Tempo de cuidado | .017      | .262      | .205      | 2.960**   | .060      | .760     | .045    | .601      |

|                      |         |          |         |          |         |        |         |          |
|----------------------|---------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|----------|
| Positividade         | .555    | 6.472*** | -.288   | -3.209** | -.198   | -1.931 | -.323   | -3.339** |
| Apoio instrumental   | .249    | 2.767*** | .006    | .068     | -.095   | -.886  | .009    | 0.84     |
| Religião             | -.064   | -.828    | .155    | 1.927    | .204    | 2.218* | .101    | 1.158    |
| Reavaliação Positiva | .064    | .853     | -.188   | -2.400*  | -.164   | -1.838 | -.088   | -1.043   |
| Autoculpabilização   | -.095   | -1.222   | .342    | 4.195*** | .234    | 2.508* | .344    | 3.914*** |
| Ventilação emoc.     | -.070   | -.872    | .038    | .451     | .014    | .143   | .032    | .358     |
| Negação              | -.048   | -.608    | .065    | .792     | .121    | 1.288  | .065    | .727     |
| Autodistração        | -.020   | -.280    | .083    | 1.094    | .082    | .951   | .046    | .563     |
| Desinvest. comp.     | -.133   | -1.679   | .106    | 1.276    | .149    | 1.578  | .100    | 1.123    |
| Abuso de substâncias | .015    | .235     | .129    | 1.902    | .125    | 1.617  | .090    | 1.232    |
| Apoio emocional      | -.045   | -.540    | .147    | 1.663    | .201    | 2.002* | .226    | 2.379*   |
| R <sup>2</sup>       | .558*** |          | .514*** |          | .368*** |        | .436*** |          |
| AR <sup>2</sup>      | .503*   |          | .454*** |          | .290*** |        | .366*** |          |

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

## Discussão

Esta investigação teve como principal objetivo “*analisar a relação entre as estratégias de coping, a OPV e a saúde mental de um grupo de cuidadores informais portugueses*”.

O nosso primeiro objetivo é de natureza descritiva e consiste em “*Analisar quais são as estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores informais para lidar com situações de stress*”, com o objetivo de compreender as estratégias mais utilizadas pelos CI's, como forma de potenciar futuras intervenções nesta população. Podemos verificar que, neste estudo, as estratégias que os participantes mais relataram utilizar foram: a aceitação, o *coping* ativo, a reavaliação positiva e o planeamento. Por oposição, as estratégias menos relatadas foram: o abuso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a negação. A tendências de maior utilização de estratégias de *coping* orientadas para a resolução no problema (i.e. *coping* ativo ou planeamento) e menor utilização de estratégias evitamento (i.e. uso de substâncias e desinvestimento comportamental) pelos CI's parece também ter-se verificado nas amostras de Cruzado e Elvira de la Morena (2013) e Roche e colaboradores (2015). A tendência de maior utilização de estratégias de aceitação também se verificou na amostra de Cruzado e Elvira de la Morena (2013).

O nosso segundo objetivo foi “*Explorar as associações entre o tempo de prestação de cuidados, as estratégias de coping utilizadas e os níveis de orientação positiva para a vida, assim como de bem-estar e de distress psicológico*”, onde foi possível encontrar uma associação significativa (Cohen, 1988) entre os níveis de OPV e a utilização de determinadas estratégias de *coping* indo de encontro ao previsto em Skinner e Zimmer-Gembeck (2016). Foi ainda possível encontrar uma associação positiva e significativa entre níveis mais elevados de OPV e a utilização de estratégias como a procura de suporte instrumental e emocional e a utilização de estratégias de reavaliação positiva, à semelhança dos resultados de Byra e colaboradores (2021) e Kupcewicz, e Jóźwik (2019). Paralelamente, a OPV apresentou nesta amostra uma associação negativa e significativa com a utilização de estratégias de *coping* como a autocupablização e o desinvestimento comportamental, em simetria ao que foi encontrado na amostra de Kupcewicz e Jóźwik (2019).

Na nossa amostra o tempo de prestação de cuidados encontra-se associado de forma positiva com a utilização de estratégias de reavaliação positiva e de aceitação, o que nos pode sugerir alguma acomodação dos CI's da nossa amostra ao ato de cuidar. Tal, por sua vez, poderá justificar a associação negativa e significativa entre o tempo de cuidar e os níveis de depressão, uma vez que a literatura prevê que a utilização de estratégias de acomodação parece predizer menores níveis de depressão nos CI's (Piazza et al., 2014; Seltzer et al., 2004). Por fim, não foi encontrada qualquer associação significativa entre o tempo de prestação de cuidados e a OPV, o que poderá dever-se ao facto da OPV se tratar de uma orientação disposicional, relativamente estável, que tende a não sofrer alterações ao longo do ciclo de vida e que parece ajudar os indivíduos a lidar com as adversidades (Capara et al., 2019).

Num segundo momento, optamos por realizar um teste de associação entre a OPV, as estratégias de *coping*, as variáveis de *distress* e o bem-estar, que revelaram uma associação negativa e moderada entre os níveis de positividade e os níveis de depressão, ansiedade e stress e uma associação positiva e forte entre a positividade e os níveis de bem-estar dos CI's da nossa amostra (Cohen, 1988), como previsto por Alessandri e colaboradores (2015), Capara e colaboradores (2019) e Luengo Kanacri e colaboradores (2017).

Foi ainda possível encontrar associações significativas entre as variáveis de *distress* com a utilização de diversas estratégias de *coping* (cf. tabela 3), das quais poderemos nomear como de maior relevância a utilização. Por último, os níveis de bem-estar demonstraram associações significativas com a utilização de múltiplas estratégias de *coping* (cf. tabela 3), das quais podemos destacar a procura de suporte instrumental e emocional, que apresentam uma associação positiva e moderada e a utilização de estratégia de autculpabilização e desinvestimento comportamental, que apresentam uma associação negativa e moderada (Cohen, 1988).

Por fim, o nosso último objetivo específico consistiu em “*analisar o papel da orientação positiva para a vida e das estratégias de coping no bem-estar e no distress psicológicos dos cuidadores informais*”. Para tal, procuramos desenvolver um modelo de predição para as quatro variáveis referidas, controlando o efeito da idade, do género e do tempo de cuidado (cf. Tabela 4), utilizando apenas as estratégias de *coping* que demonstraram uma associação significativa com as variáveis em estudo. Verificamos que,

na nossa amostra, o primeiro modelo de predição explica cerca de 51% da variância, sendo que o tempo de cuidado e a autculpabilização revelaram ser preditores positivos, enquanto a positividade e a reavaliação positiva demonstraram ser preditores negativos dos níveis de depressão. Como se verificou na nossa amostra, Piazza e colaboradores (2014) e Seltzer e colaboradores (2004) referem que a utilização de estratégias como a reavaliação positiva parece predizer menores níveis de depressão.

No caso do modelo para predizer a ansiedade, este explica apenas cerca de 37% da variância, verificando ser o modelo mais fraco dos quatro. A religião, a autculpabilização e a procura de suporte emocional, demonstraram ser preditores positivos dos níveis de ansiedade, sendo relevante referir que a positividade não se demonstrou um preditor significativo quando acrescentado ao modelo as estratégias de *coping*. A religião revelou ser um preditor de ansiedade na nossa amostra, ao contrário do inicialmente esperado. Tal poderá ser explicado pelos CI's religiosos serem potencialmente mais motivados pela pressão de normas morais associadas aos valores religiosos, o que Brodaty e Donkin (2009) e Teixeira (2017) relacionam com maior probabilidade de desenvolver níveis superiores de sofrimento psicológico, comparativamente a CI com outras motivações, como sentimentos de amor, reciprocidade ou realização pessoal.

Quanto ao stress, o modelo explica cerca de 44% da variância, sendo que a utilização de estratégias de autculpabilização e de procura de suporte emocional mostraram-se preditores positivos, enquanto a positividade verificou ser um preditor negativo dos níveis de stress. Paradoxalmente, ao contrário do esperado na literatura (Li et al., 2012; Skinner e Zimmer-Gembeck, 2016), na nossa amostra a procura de suporte emocional parece ser um preditor de maiores níveis de ansiedade e stress. No entanto, no estudo de Cruzado e Elvira de la Morena (2013) numa amostra de 53 CI's espanhóis, também foi encontrada uma associação entre a utilização de estratégias focadas na emoção e níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa. Uma hipótese para tais resultados poderá dever-se aos CI's que tendem a utilizar estratégias de procura de suporte emocional, possam possuir alguma característica que os tornem mais propensos a desenvolver tais sintomatologias, sendo um fenómeno interessante a ser explorado em futuras investigações.

Por fim, o modelo de predição do bem-estar explicou cerca de 56% da variância na amostra, sendo que a positividade e a procura de suporte instrumental demonstram ser preditores positivos dos níveis de bem-estar. A positividade parece explicar cerca de 55% da variância deste modelo, sendo o preditor que melhor explica os níveis de bem-estar nesta amostra, como esperado na literatura (Capara, 2019; Yildirim e Güler, 2021), ao contrário das variáveis de *distress* que parecem ser melhor explicadas pela utilização de determinadas estratégias de *coping*. Paralelamente, a positividade, como descrito em Byra e colaboradores (2021), aparenta ser um preditor de menores níveis de depressão e stress, ainda que paradoxalmente não se tenha demonstrado um preditor significativo dos níveis de ansiedade.

A utilização de estratégias de autculpabilização na nossa amostra, aparenta ser o preditor que melhor explica todas as variáveis de *distress*, o que parece ir de encontro aos indicadores previstos na literatura (Carver & Connor-Shith, 2010; Gellman, 2020). Como previsto em Li e colaboradores (2012) as estratégias focadas na resolução do problema (e.g, *coping* ativo, planeamento) não demonstram ser preditores significativos de saúde mental na nossa amostra, ainda que sejam as estratégias que os participantes mais relataram utilizar.

Em suma, os resultados desta investigação permitem sublinhar o papel preponderante da positividade e da utilização de determinadas estratégias de *coping* na compreensão da saúde mental deste grupo de CI's portugueses, sugerindo desta forma dimensões que poderão ser alvo na prática clínica. Com este estudo procuramos compreender melhor as características dos cuidadores informais, nomeadamente identificar as suas estratégias preferenciais de *coping* e perceber como as mesmas e a OPV influenciam a saúde mental deste mesmo grupo de cuidadores.

Contudo, esta investigação apresenta algumas limitações, entre as quais podemos referir a fraca representatividade dos cuidadores informais portugueses encontrada nesta amostra, pelo qual se teria tornado benéfico uma recolha mais alargada e equilibrada em relação ao género, zona geográfica, escolaridade ou condição socioeconómica. A fraca adesão por parte das instituições de apoio ao cuidador, a extensão longa do questionário, o seu vocabulário por vezes elaborado e a falta de literacia digital na população de cuidadores, demonstraram ser um entrave à realização do questionário para muitos potenciais participantes. Ademais, importa considerar o fator desejabilidade social, que

poderá ter condicionado a resposta dos cuidadores, nomeadamente em temas sensíveis (e.g. uso de substâncias e desinvestimento comportamental), como tal, em futuros estudos, sugerimos a aplicação de uma medida de desejabilidade social, como forma de controlar mais eficazmente esta dimensão. Por fim, outra limitação são aos baixos valores de alfa de algumas subescalas do Brief-COPE, especificamente a procura de apoio emocional e a ventilação emocional. Será relevante ler com particular atenção os resultados relativos a estas estratégias. Porém, optamos por manter todas as subescalas em análises e discutir os seus respetivos resultados, uma vez que o valor alfa é afetado pelo número de itens que compõem cada subescala e não podemos esperar que subescalas com apenas dois itens obtenham os mesmos valores de consistência interna que as escalas mais longas ou não-abreviadas (Kato, 2015; Ziegler et al., 2014).

Com os resultados da realização deste estudo procuramos contribuir para o enriquecimento do conhecimento na área do cuidado informal e colaborar com aquisição de novos conhecimentos nesta área tão pouco estudada no contexto português. Esperamos, desta forma, influenciar uma prática mais consciente e adaptada às necessidades únicas desta população. Em simultâneo, procuramos contribuir para o desenvolvimento de um futuro projeto que passará pela incrementação de um programa de intervenção digital, dirigido à população de cuidadores informais portugueses, que terá como objetivo melhorar a experiência de cuidar, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

### Referências Bibliográficas

- Alessandri, G., Borgogni, L., Schaufeli, W. B., Caprara, G. V., & Consiglio, C. (2015). From positive orientation to job performance: The role of work engagement and self-efficacy beliefs. *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 767-788. doi.org/10.1007/s10902-014-9533-4
- Alessandri, G., Caprara, G. V., & Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: *Further explorations*. *European Psychologist*, 17(1), 44–54. doi.org/10.1027/1016-9040/a000070
- Alves, S., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2020). Trajectories of informal caregiving to the oldest-old: a one-year follow-up study. *Western Journal of Nursing Research*, 43(5), 416-424. doi.org/10.1177/0193945920954862
- Bastawrous, M. (2013). *Caregiver burden? A critical discussion*. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431–441. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005
- Byra S., Zubrzycka, R., & Wójtowicz, P. (2021). Positive Orientation and Posttraumatic Growth in Mothers of Children with Cystic Fibrosis – Mediating Role of Coping Strategies. *Journal of Pediatric Nursing*, 57(xxxx), e1-e8. doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.009
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and aging*, 5(1), 58–67. doi.org/10.1037//0882-7974.5.1.58
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty
- 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. doi.org/10.25758/set.1711
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3). doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526

- Caprara, G. V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *The Bulletin of the European Health Psychologist*, 11(3), 46-48.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., & Caprara, M. (2019). Associations of positive orientation with health and psychosocial adaptation: A review of findings and perspectives. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(2), 126-132. doi.org/10.1111/ajsp.12325
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., ... & Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological assessment*, 24(3), 701. doi.org/10.1037/a0026681
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100. doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704. doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Coelho Rodrigues Dixe, M. D. A., & Fernandes Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência*, (3) doi.org/10.12707/RV20013
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.
- Cohen, L. (2021). *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Volume 2: The Social Bases of Health Behavior*, First Edition. John Wiley & Sons.
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2019). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. Sage Publications.
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809-828. doi.org/10.1093/jpepsy/jst049

- Cox, T. (2016). Caregivers reflecting on the early days of childhood cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12499. doi.org/ 10.1111/ecc.12499
- Cruz, J. F., Teixeira, R., Sofia, R., & Ferreira, M. J. (2016). "Adaptação, aplicação e validação da Escala de Positividade: Evidência adicional em contextos desportivos.". In *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses: 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, Lisboa, Portugal, 18-26. Lisboa, Portugal: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Cruzado, J. A. & Elvira de la Morena, M. J. (2013). Coping and distress in caregivers of patients with disorders of consciousness, *Brain Injury*, 27:7-8, 793-798. doi.org/10.3109/02699052.2013.793402
- Decreto-Lei n.º 100/2019, *Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de*, Diário da Republica, 06 de Setembro. 2019
- Díaz, A., Ponsoda, J. M., & Beleña, A. (2020). Optimism as a key to improving mental health in family caregivers of people living with Alzheimer's disease. *Aging & mental health*, 24(10), 1662-1670. doi.org/10.1080/13607863.2020.1715342
- Eurocares (2021). About carers, retirado de <https://eurocarers.org/about-carers/> a 2 de Outubro de 2022.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239. doi.org/10.2307/2136617
- Gellman, M. D. (Ed.). (2020). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Cham: Springer International Publishing.
- Hajek, A., & König, H. H. (2018). Does informal caregiving affect self-esteem? Results from a population-based study of individuals aged 40 and over in Germany from 2002 to 2014. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1047-1055 doi.org/10.1111/scs.12550
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas demográficas 2020*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=442993507&PUBLICACOEsmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=442993507&PUBLICACOEsmodo=2) a 23 de outubro de 2022.

- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315–323. doi.org/10.1002/smi.2557
- Kupcewicz, E., & Jóźwik, M. (2019). Positive orientation and strategies for coping with stress as predictors of professional burnout among polish nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4264. doi.org/10.3390/ijerph16214264
- Laporte Uribe, F., Gräske, J., Grill, S., Heinrich, S., Schäfer-Walkmann, S., Thyrian, J., & Holle, B. (2017). Regional dementia care networks in Germany: Changes in caregiver burden at one-year follow-up and associated factors. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 991-1004. doi.org/10.1017/S1041610217000126
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1- 22. doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., & Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 139(1), 1-11. doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055
- Litzelman, K., Kent, E. E., & Rowland, J. H. (2018). Interrelationships between health behaviors and coping strategies among informal caregivers of cancer survivors. *Health Education & Behavior*, 45(1), 90-100. dx.doi.org/10.1177/1090198117705164
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343 doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luengo Kanacri, B. P., Eisenberg, N., Thartori, E., Pastorelli, C., Uribe Tirado, L. M., Gerbino, M., & Caprara, G. V. (2017). Longitudinal relations among positivity, perceived positive school climate, and prosocial behavior in Colombian adolescents. *Child development*, 88(4), 1100-1114. doi.org/10.1111/cdev.12863

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803. doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6ª edição). ReportNumber.
- Mattos, E. B. T., & Kovács, M. J. (2020). Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. *Psicologia USP*, 31. doi.org/10.1590/0103-6564e180023
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, A. M. R. D., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 87-94. doi.org/10.1590/1982-0194201900012
- Myers, R.H. (1986). *Classical and Modern Regression with Applications*. Duxbury Press.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 102(6), 1271. doi.org/10.1037/a0025558
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American Psychologist*, 77(1), 5–17. doi.org/10.1037/amp0000922
- Pachana, N. A. (2016). *Encyclopedia of geropsychology*. The University of Queensland Brisbane, QLD, Australia.
- Piazza, V. E., Floyd, F. J., Mailick, M. R., & Greenberg, J. S. (2014). Coping and psychological health of aging parents of adult children with developmental disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 186-198. doi.org/10.1352/1944-7558-119.2.186
- Ponsoda, J. M., & Díaz, A. (2017). Relationship between subjective and objective burden in family caregivers of Alzheimer patients. *European Journal of Health Research*, 3(1), 41–51. doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.54
- 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. doi.org/10.1002/gps.1046

- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & 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.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15
- Roche D., ClinPsy L, Croot K, MacCann C, Cramer B, & Diehl-Schmid J (2015). The Role of Coping Strategies in Psychological Outcomes for Frontotemporal Dementia Caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 28(3):218-28. doi.org/10.1177/089198871558883
- Sandstedt, P., Littorin, S., Cröde Widsell, G., Johansson, S., Gottberg, K., Ytterberg, C., ... & Kierkegaard, M. (2018). Caregiver experience, health-related quality of life and life satisfaction among informal caregivers to patients with amyotrophic lateral sclerosis: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 27(23-24), 4321-4330. doi.org/10.1111/jocn.14593
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 201-228. doi.org/10.1007/BF01173489
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2016). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., & Hong, J. (2004). Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 187-195. doi.org/10.1037/0002-9432.74.2.187
- 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. doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Springer.

- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J.,... Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. 1-114.
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personality and Individual Differences*, 168, 110347. doi.org/10.1016/j.paid.2020.110347
- Ziegler, M., Kemper, C. J., & Kruey, P. (2014). Short scales - Five misunderstandings and ways to overcome them. *Journal of Individual Differences*, 35(4), 185–189. doi.org/10.1027/1614-0001/a000148