

ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

COPING STRATEGIES OF INFORMAL CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLY PEOPLE

ESTRATEGIAS DE *COPING* PARA PRESTADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Cláudia Marisa Vicente Conceição Mingote (claudiamingote1@gmail.com)*

Agostinha Esteves de Melo Corte (acorte@ipg.pt) **

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques (emarques@ipg.pt) ***

Roberto Miguel Gonçalves Mendes (robertomiguelmendes@gmail.com)****

RESUMO

Ser cuidador informal de um idoso dependente, pode constituir uma fonte de stresse, perante a qual, deverão ser mobilizadas estratégias de *coping*, para reduzir o impacto negativo inerente ao papel. O estudo teve como objetivo identificar estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, numa amostra de 33 cuidadores informais de idosos referenciados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Região Centro de Portugal. Utilizou-se um questionário para caracterização do idoso, do cuidador, do contexto de cuidados, o Índice de Barthel, a Escala de Graffar e o Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família. Obteve-se que 60,6% dos idosos são do sexo masculino, com média de idades de 80,45 anos e totalmente dependentes (81,8%). Os cuidadores informais são na sua maioria do sexo feminino (75,8%), com média de idades de 66,1 anos e pertencentes à classe média baixa (60,6%). Salienta-se a utilização das estratégias "Reenquadramento" (25,9) e "Mobilização de Apoio Formal" (8,54). A idade e nível de dependência do idoso, a idade e classe social do cuidador, influenciaram as estratégias de *coping*. Os resultados apontam para a necessidade de implementar intervenções focadas na família, para mobilizarem e potenciarem estratégias de *coping*, que permitam otimizar o papel de cuidador.

Palavras Chave: envelhecimento, dependência, cuidador informal, família, estratégias de coping.

ABSTRACT

Being an informal caregiver of a dependent elderly person may be a source of stress in which coping strategies should be mobilized to reduce the negative impact inherent to the role. This study aimed at identifying the coping strategies of informal caregivers of dependent elderly people. It is a quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study of a sample of 33 informal caregivers of elderly people referenced in a Team of Integrated Continuous Care in the Central Region of Portugal. A questionnaire was used to characterize the elderly person, the caregiver, the context of care, the Barthel Index, the Graffar Social Scale and the Family Crisis-Oriented Personal Evaluation Inventory. It was found that 60.6% of the elderly people are male with an average age of 80.45 and completely dependent (81.8%). Informal caregivers are mostly female (75.8%) with an average age

of 66.1 and belonging to the low-middle class (60.6%). Emphasis is given to the use of "Reframing" (25.9) and "Mobilization of Formal Support" (8.54) strategies. The age and dependence level of the elderly person as well as the age and social class of the caregiver influenced the coping strategies. The results point to the need to implement family-oriented interventions to mobilize and enhance coping strategies to optimize the role of the caregiver.

Keywords: ageing, dependence, informal caregiver, family, coping strategies.

RESUMEN

Ser prestador informal de una persona mayor dependiente, puede ser una fuente de estrés ante la cual se deben desarrollar estrategias de *coping*, para reducir el impacto negativo inherente al papel. Este estudio tuvo como objetivo identificar estrategias de *coping* de prestadores informales de personas mayores dependientes. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, en una muestra de 33 prestadores informales de personas mayores remitidas a un Equipo de Unidad de Atención Continua de la Región Central de Portugal. Se hizo un cuestionario para la caracterización de la persona mayor, del prestador, del contexto de la atención, el índice de Barthel, la Escala de Graffar y el inventario de Evaluación Personal Orientada a la Crisis Familiar. Se encontró que el 60,6% de las personas mayores son del sexo masculino, con una edad promedio de 80,45 años y totalmente dependientes (81,8%). Los prestadores informales son en su mayoría del sexo femenino (75,8%), con una edad promedio de 66,1 años y de clase media baja (60,6%). Se enfatiza el uso de estrategias de "Reencuadre" (25,9) y "Movilización de Apoyo Formal"(8,54). La edad y el nivel de dependencia de las personas mayores, la edad y la clase social del prestador, influyeron en las estrategias de *coping*. Los resultados apuntan a la necesidad de implementar intervenciones orientadas en la familia con la finalidad de poner en acción y mejorar las estrategias de *coping* que permitan optimizar el papel del prestador.

Palabras clave: Envejecimiento, Dependencia, Prestador informal, Familia, Estrategias de coping.

*Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

**Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, UDI/IPG.

***Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, UDI/IPG, CINTESIS, CACB.

****Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ULS Castelo Branco; Doutorando na Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior.

Submitted: 27th February 2020

Accepted: 14th June 2020

INTRODUÇÃO

A diminuição significativa quer na taxa de natalidade quer de mortalidade, bem como o aumento da esperança média de vida relacionado com os avanços na área da saúde pública e da medicina, conduziu, a partir da segunda metade do século XX a um envelhecimento demográfico das sociedades, principalmente as europeias (Duarte et al., 2013; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016).

No contexto da União Europeia [UE], Portugal apresenta-se como o 4º país com maior percentagem de idosos (INE, 2018a), representando a população com 65 e mais anos, 21,5% da população total (INE, 2018b). Destaca-se ainda com o terceiro valor mais elevado de índice de envelhecimento (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2017a). A região Centro, surge logo a seguir ao Alentejo, como das mais envelhecidas de Portugal, representando esta faixa etária, 22% da população (INE, 2012). Salienta-se ainda, que cerca de 60% da população idosa, em Portugal, vive só (400 964 pessoas), ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577 pessoas), o que contribuiu para o aparecimento de uma nova realidade, cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década, que é a de idosos dependentes estarem a ser cuidados igualmente por idosos (Idem).

A par desta revolução demográfica, verificou-se uma alteração no perfil epidemiológico, adquirindo as doenças crónico-degenerativas, maior relevância na condição de saúde das populações (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). O envelhecimento é uma realidade inevitável, ao qual estão indubitavelmente associados, índices de dependência acrescidos, resultantes de uma maior vulnerabilidade do idoso ou do agravamento de morbilidades previamente adquiridas (Sequeira, 2010) que conduzem à necessidade de cuidados por parte de terceiros.

A responsabilidade por esse cuidado tem sido atribuída à família, que continua a ser considerada a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos recursos sociais (Araújo e Martins, 2016). Desta forma surge o cuidado informal, que assenta na prestação voluntária de cuidados, por pessoas da rede social do receptor de cuidados, de forma não remunerada e sem ser mediado por uma organização (Pereira, 2013).

Entretanto foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal [CI] (Diário da República [DR], 2019) no sentido de regular os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e, recentemente foram publicados os termos e condições de implementação das medidas previstas no referido Estatuto, que prevê, entre outras medidas de apoio, a remuneração do CI, contudo, ainda restritas a 30 concelhos do país (DR, 2020).

Cuidar, no entanto, constitui um processo complexo e exigente, contínuo e quase sempre irreversível, caracterizado por pressões e efeitos negativos, podendo provocar distúrbios na vida pessoal e social, na saúde, no bem-estar físico e emocional e nas finanças, determinantes de stress em cuidadores (Areosa, Henz, Lawisch e Areosa, 2014). O CI vê-se confrontado com uma situação desafiante e difícil de gerir, que pode afetar negativamente o seu quotidiano, a sua qualidade de vida e diminuir a sua capacidade para continuar a cuidar (Loureiro, Fonseca e Veríssimo, 2012; Pereira e Carvalho, 2012).

O sucesso em lidar com esta situação dependerá das estratégias de *coping* que compreendem os esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de reduzir ou tolerar, com as exigências específicas, internas e externas, que foram avaliadas como excedendo os recursos disponíveis (Lazarus e Folkman, 1984). Estas poderão contribuir para uma adaptação positiva e um bom controlo da situação (Martins, 2006).

Atendendo a que desenvolve a sua prática centrada na comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, subsidiariamente a dimensão normativa e legal, inerente às suas competências (DR, 2018), deve estar atento às necessidades e dificuldades dos cuidadores, facilitando o processo de adaptação ao seu novo papel.

Neste sentido, face ao quadro de envelhecimento demográfico e no âmbito de um contexto social caracterizado por insuficiência e inadequação de recursos às pessoas idosas e de falta de apoio aos seus Cl's, e pelas consequências inerentes a este papel, pretendemos com este estudo contribuir para identificar as estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes, de modo a que o enfermeiro especialista possa intervir junto desta população, providenciando o seu bem-estar e a melhoria da sua qualidade de vida, bem como do idoso dependente, alvo de cuidados.

1. QUADRO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento e dependência

Assistimos hoje a um envelhecimento da sociedade, que tem vindo a ser estudado não só sob a perspetiva do envelhecimento individual, mas também do envelhecimento demográfico (Cordeiro, 2011). Ao envelhecimento individual está subjacente um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida (Sequeira, 2010). Por sua vez, o envelhecimento demográfico, é entendido como uma "evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (...) ou à diminuição da importância estatística dos jovens" (Rosa, 2012: 23).

Por outro lado, tem-se assistido também, nas últimas décadas, a um aumento da longevidade, resultando num aumento considerável do número de pessoas com idade superior a 80 anos (Duarte et al., 2013), emergindo, outro fenómeno designado de "*envelhecimento dos idosos*" ("*the aging of the aged*"), tratando-se de um processo secundário de envelhecimento demográfico, que ocorre, gradualmente, em todo o mundo (Pereira, 2011).

Em Portugal, tal como em outros países ditos desenvolvidos, paralelamente às mudanças sociodemográficas, constata-se que a evolução dos progressos terapêuticos na área da saúde, o desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e fármacos mais eficazes, a melhoria das condições socioeconómicas, bem como a alteração dos estilos de vida da população, se tem traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas, que vivem mais anos e em situação de dependência (Petronilho, 2013). De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2015:38) "estima-se que haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas acamadas". De acordo com a PORDATA (2017a) verificou-se em Portugal um aumento, continuamente entre 2011 e 2017, do índice de dependência de idosos, passando de 28,5 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 2011, para 32,9 em 2017. A região Centro, de acordo com a PORDATA (2017b) seguiu essa tendência, tendo registado, em 2018, o segundo valor mais alto (38) a seguir ao Alentejo (40,9).

A idade avançada aumenta, pois, o risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas, acompanhadas por vezes, de perda progressiva de autonomia, que assumem geralmente, um carácter permanente e cuja conjuntura desencadeia uma potencial exigência

de cuidados complexos, durante longos períodos, o que implica uma maior dependência de terceiros, refletindo-se na necessidade de apoio formal e informal.

1.2. Família como cuidador informal

As políticas sociais e de saúde tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, às insuficientes e inadequadas respostas formais às suas necessidades, ao contributo na promoção da sua qualidade de vida e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados (Sequeira, 2010; Ribeiro, Pinto e Regadas, 2013). Desta forma, o CI assume particular relevância e é definido como "o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reita ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto do Cuidador Informal (...) (DR, 2020:6).

O CI emerge, como o principal responsável pela organização, assistência ou prestação de cuidados à pessoa com algum grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda, total ou parcial, na realização das suas atividades de vida diária. Constitui deste modo, uma fonte de cuidados que proporciona às pessoas idosas em situação de dependência, pessoas incapacitadas ou outros grupos, a sua permanência no domicílio, evitando deste modo, a sua institucionalização (European Observatory on Health Systems and Policies [EOHSP], 2012). De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2015), os cuidados informais prestados no domicílio por membros do mesmo agregado familiar são mais frequentes nos países do Sul da Europa, tendo Portugal a maior taxa de cuidados domiciliários informais, da Europa (12,4%).

A família tem vindo a assumir o domínio da prestação de cuidados e apoio informal a idosos, particularmente daqueles que se encontram em situação de dependência uma vez que a pessoa dependente procura ajuda, em primeiro lugar no seio da família (Araújo e Martins, 2016). Esta desempenha, desde os tempos mais remotos, um importante papel, sendo considerada um sistema social primário, no qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve quer a nível físico, pessoal e emocional (Melo, Rua e Santos, 2014). Assume uma função primordial na promoção e manutenção da independência e saúde dos seus familiares, implicando a prestação de cuidados ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital (Sequeira, 2010; Araújo e Santos, 2012). Considera-se, inclusive, a nível mundial, que nenhuma instituição a possa substituir na prestação de apoio ao idoso, estimando-se que 80% a 90% dos idosos, em diferentes países, sejam cuidados pela família (Neri, 2013).

Embora esteja a cargo da família a função de cuidar do idoso dependente, a prestação de cuidados não se reparte equitativamente dentro da mesma, podendo surgir três tipos de cuidadores: principal ou primário, secundário e terciário. O cuidador principal ou primário é aquele sobre o qual recai a responsabilidade integral de cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados, realizando a maior parte dos mesmos. O cuidador secundário é quem presta ajuda de forma ocasional ou regular, sem assumir a responsabilidade direta do cuidar e o terciário, um familiar, amigo ou vizinho que ajuda, de forma esporádica, quando solicitado, ou numa situação de emergência e não detém qualquer responsabilidade pelo cuidado (Sequeira 2010). Recentemente foi definido CI principal como sendo "o cuidador informal que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferes qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada" (DR, 2020:6).

1.3. Sobrecarga, stresse e estratégias de *coping*

Prestar cuidados a um familiar idoso dependente, apesar de constituir uma experiência cada vez mais normativa, consiste num enorme desafio que implica estar exposto a todas as consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados, sendo a sobrecarga do papel de cuidador a mais apontada. Esta refere-se aos problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros experimentados por CI's de idosos dependentes, que podem surgir ao lidar com a dependência física e incapacidade mental do idoso (Braithwaite, 1992). Consideram-se dois tipos de sobrecarga, a objetiva e subjetiva. A primeira relacionada com a situação de doença e dependência, mais associada às tarefas de cuidar e à repercussão das mesmas no bem-estar físico, psíquico, social e económico; a segunda mais relacionada com as características do cuidador, reportando-se à sua perceção pessoal (sentimentos, atitudes e reações emocionais) sobre a experiência do cuidado (Marques, 2007; Sequeira, 2010).

O stresse tem sido igualmente apontado na literatura como o resultado principal da experiência de cuidar, uma vez que pode tornar-se num dos acontecimentos mais perturbadores na vida dos cuidadores, obrigando-os a definir e redefinir relações, obrigações e capacidades (Pearlin e Zarit, 1993; cit. por Lage, 2005). De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a situação indutora de stresse é considerada toda a relação estabelecida entre a pessoa e o ambiente, percebida como excedendo os recursos da mesma para lidar com a situação, colocando em risco o seu bem-estar.

As famílias, perante o cuidado de um familiar dependente, têm como suporte, de forma implícita ou explícita, algum modelo de stresse e/ ou de estratégias de resolução de problemas, as estratégias de *coping*. O *coping* familiar, constitui um conjunto de processos cognitivos, afetivos e comportamentais, concebidos para fortalecer a família, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou utilizar recursos próprios ou da comunidade, em função do elemento gerador de stresse (Figueiredo, 2012). Ou seja, trata-se de esforços que a família empreende face às exigências a que é exposta e que avalia como stressantes, que conduzam a um adequado ajustamento e adaptação às mesmas.

Lazarus e Folkman (1991) referenciados por Pinto e Barham (2014a) defendem que o *coping* desempenha, essencialmente, duas funções: lidar com o problema que causa o sofrimento (*coping* focado no problema) e regular as emoções, ou seja, controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais ao episódio *stressor* (*coping* focado na emoção), surgindo, desta forma, estratégias de *coping* orientadas para o problema e para as emoções. As estratégias de *coping* podem ainda agrupar-se em duas dimensões: estratégias internas e externas. As estratégias internas referem-se à mobilização de recursos do sistema familiar nuclear e incluem o reenquadramento (redefinir as experiências stressantes para que se tornem racionais e aceitáveis) e a avaliação passiva (adoção de uma postura mais passiva, em que a família expressa, que com o passar do tempo, tudo se vai resolver); as estratégias externas incluem os comportamentos que a família adota para adquirir recursos, fora desta, onde estão incluídas a aquisição de suporte social (utilizar recursos de vizinhos e família extensa), a procura de suporte espiritual (recurso à fé de cada um e da família em geral) e a mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda (procurar ajuda na comunidade e aceitar ajuda de outros) (McCubbin, Olson e Larsen, 1981 cit. por Jorge, 2004).

Perante situações de stresse do CI, associadas à sobrecarga quer física, emocional, social, familiar e económica, as estratégias de *coping*, desempenham um papel central a nível das repercussões, podem moderar e contrabalançar a carga objetiva e o estado do cuidador (Pereira, 2013) e atenuar os efeitos negativos do processo de cuidar (Peixoto e Machado, 2016).

A escolha das estratégias de *coping* está determinada, em parte pelos recursos internos e externos do indivíduo, os quais incluem características de personalidade, atitude, autoconceito e autoestima, motivação, capacidade cognitiva, experiência de vida, crenças e valores, recursos sociais e económicos, fatores sociodemográficos, educacionais e fatores contextuais (Sequeira, 2007; Guido et al., 2011).

1.4. Intervenção do enfermeiro especialista

Cuidar de um familiar dependente pode constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o familiar cuidador, necessitando de ajuda para planear, restabelecer as rotinas e ultrapassar as dificuldades durante o período de transição (Petronilho, 2013). A família pode sofrer várias (re)adaptações e enfrentar situações de crise e mesmo de rutura, sendo que a única forma de aliviar esta sobrecarga pessoal e familiar é intervir junto desta população (Martins, 2014).

Além disso, o cuidado prestado pela família assume, no contexto em que vivemos, particular relevância, pelo que deve ser reconhecida como um recurso efetivo no cuidado à pessoa dependente e, considerar-se, como tal, entidade beneficiária de cuidados (Petronilho, 2016).

A recente reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, orientada para a melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, permite no seu atual enquadramento legislativo, evidenciar os cuidados centrados na família e que o foco da prática de enfermagem seja direcionado para a mesma (OE, 2014). Novos desafios foram deste modo colocados aos enfermeiros, aos quais foi reconhecida a sua contribuição na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar e coletiva e pelo seu papel de gestor e potencializador das forças, recursos e competências da família (Idem).

Destaca-se, neste contexto, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública como facilitador das transições saudáveis, uma vez que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (DR, 2018).

Pode dizer-se que estes profissionais, desempenham um contributo fundamental na capacitação do CI, cuja otimização do papel, deve passar pelo desenvolvimento de competência no domínio da informação, da mestria e do suporte, de forma integrada e complementar (Sequeira, 2010). Os enfermeiros devem integrar uma filosofia de cuidados colaborativos, também sustentada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar [MDAIF], de modo a incentivar os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudança que permitam o seu funcionamento efetivo em todas as áreas relevantes na promoção e manutenção da saúde familiar (OE, 2014).

2. METODOLOGIA

O contexto sociodemográfico onde nos inserimos, pautado por um acentuado envelhecimento demográfico, ao qual se encontra associado o aumento de doenças crónicas, tem contribuído para o aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário. Estes requerem a médio ou longo prazo suporte familiar, destacando-se o CI familiar, que assume um papel preponderante na recuperação e manutenção do bem-estar do idoso. Contudo, a dependência e a natureza complexa dos cuidados a prestar, podem ser geradores de stresse, tendo o CI que adotar novas formas de resposta para ultrapassar as dificuldades,

sendo que as estratégias de *coping* poderão atuar como um mediador crítico na relação com esse stress. Deste modo, considerámos pertinente realizar um estudo que respondesse à seguinte questão: Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes?

Procedeu-se à realização de um estudo que se insere numa investigação não experimental, de natureza quantitativa, transversal, descritivo-correlacional, recorrendo a uma amostra por conveniência, constituída por 33 CI's de idosos dependentes, referenciados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] da Região Centro de Portugal.

Os CI's foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: ser CI principal e ter idade superior a 18 anos; ser CI principal de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, referenciados numa ECCI da Região Centro de Portugal; ser CI de um idoso dependente com Índice de Barthel inferior a 19; não receber qualquer tipo de remuneração pelos cuidados prestados e aceitar participar voluntariamente no estudo depois de esclarecidos acerca dos objetivos do mesmo.

Foram efetuados pedidos de autorização, formais, às Instituições envolvidas, aos autores responsáveis pela validação do Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família [F-COPES] e o consentimento livre e informado aos participantes, tendo-se obtido pareceres favoráveis.

A colheita de dados, decorreu entre os meses de julho e novembro de 2017 e foi efetuada através da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica do CI e do idoso, do perfil clínico do idoso, de caracterização do contexto de cuidados e aplicação de instrumentos validados para a população portuguesa: Índice de Barthel, utilizado para avaliar o nível de independência em 10 atividades básicas; Escala de Notação Social da Família [Graffar] utilizada para avaliar as condições socioeconómicas e o Inventário F-COPES com o objetivo de avaliar estratégias comportamentais e de resolução de problemas, utilizadas por famílias em situações difíceis, considerando os recursos familiares, sociais e comunitários. Tem como enquadramento teórico de base o Modelo Duplo ABCX de McCubbin e Patterson e apresenta uma estrutura de sete fatores (Reenquadramento, Procura de Apoio Espiritual, Aquisição de Apoio social – Relações de Vizinhaça, Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas, Mobilização de Apoio Formal, Aceitação Passiva e Avaliação Passiva). Contudo apenas os cinco primeiros foram utilizados como subescalas devido à fraca consistência interna apresentada pelos últimos dois (no modelo de validação para Portugal).

A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistic Package for the Social Sciences* [SPSS], versão 23. Foram utilizados como métodos descritivos: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Analisou-se a correlação da pontuação total da F-COPES e de cada uma das suas dimensões com outras variáveis quantitativas em estudo, através do teste de correlação de *Spearman*, com um nível de significância de 0,05.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados bem como a sua discussão foram organizados em 5 partes: na primeira caracteriza-se o idoso dependentes, na segunda, o cuidador informal, segue-se a caracterização do contexto da prestação de cuidados, a identificação das estratégias de *coping* dos fatores que influenciam as estratégias de *coping* do cuidador informal.

3.1. Caracterização do idoso dependente

No que se refere aos idosos, constatou-se que a maioria (60,6%) são do sexo masculino, com idades compreendidas entre 66 e 98 anos, com média de idades 80,45 anos, destacando-se que 45,5% dos idosos têm idades compreendidas entre 78 e 90 anos. Estes resultados vão ao encontro do elevado índice de envelhecimento da região em estudo (191,2) superior ao que se verifica a nível Nacional (153,2), segundo a PORDATA (2017b) e foram encontrados em outros estudos (Araújo e Santos, 2012; Gonçalves et al., 2013; Martins et al., 2014). As doenças clinicamente diagnosticadas foram agrupadas com base na Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (DR, 2006), verificando-se que a totalidade dos idosos apresentam doenças clinicamente diagnosticadas, sendo as mais registadas, as doenças e perturbações do sistema nervoso (81,8%), onde se destacou o Acidente Vascular Cerebral e a Demência, em consonância com alguns autores, de acordo com os quais, estas doenças aumentam de prevalência com a idade (Sousa-Uva e Dias, 2014; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2017).

Através da aplicação do Índice de Barthel verificou-se que 81,8% dos idosos estudados apresentam dependência total, resultados que estão de acordo com os dados do INE (2018a) e PORDATA (2017b) e obtidos em estudos consultados (Costa et al., 2013; Pereira, 2014). O grau de dependência, por ordem decrescente, é maior para o banho (97%), subir e descer escadas (84,8%), uso da casa de banho (78,8%), cuidado pessoal (75,8%), vestir (72,7%), transferir-se entre superfícies (63,6%), deambular (54,5%), controlo vesical (48,5%), controlo intestinal (36,4%) e alimentação (24,2%). Estes resultados mostram que os idosos alvo de cuidados, necessitam de grande apoio por parte dos CI's.

3.2. Caracterização do cuidador informal

Relativamente ao CI, obteve-se uma amostra de 33 CI's, sendo a maioria do sexo feminino (75,8%) corroborando com muitos estudos que versam esta temática (Costa et al., 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Sequeira, 2013; Martins et al., 2014; Pérez-Cruz et al., 2016) e que se referem à prestação de cuidados como uma tarefa tendencialmente feminina. A figura feminina surge com maior representatividade por ter uma esperança de vida mais longa e por questões socioculturais (INE, 2012; Araújo e Martins, 2016). Apesar do papel social da mulher se ter vindo a alterar progressivamente nas últimas décadas, continua a ser a principal responsável pelos cuidados familiares, prevalecendo a lógica que cuidar é um domínio feminino (Lage, 2005).

Os CI's desta amostra tinham idades compreendidas entre 42 e 86 anos, com uma média de idade de 66,1 anos. O grupo etário mais representado situou-se entre os 70 e os 79 anos (36,4%), mostrando que um número significativo de idosos desempenha a função de CI, em consonância com a nova realidade, em crescendo em Portugal, a de idosos que estão a ser cuidados por idosos (INE, 2012). As alterações na estrutura e dinâmica familiar, o papel da mulher no mundo do trabalho e as políticas sociais desajustadas à transição demográfica e epidemiológica, levam a que cada vez mais idosos surjam como CI's (Araújo e Martins, 2016). Relativamente ao estado civil, predominam os casados ou a viver em união de facto (81,8%), resultados corroborados por outros estudos (Sequeira, 2013; Martins et al., 2014) e em consonância com os dados apresentados pelo INE (2012), segundo os quais cerca de 50% da população da região Centro é casada.

No que se refere à situação laboral, os CI's, encontravam-se na situação de reformados (63,6%), seguindo-se os desempregados (24,2%), resultados também verificados no estudo de Castro et al. (2013) e Costa et al. (2013). Tendo em conta o grupo etário predominante no estudo, os CI's não desempenham qualquer atividade profissional e, como tal, apresentam maior disponibilidade para cuidar dos membros da família dependentes

Relativamente à área de residência, os CI's residiam na sua maioria no meio urbano (51,5%) e no que respeita à classificação do nível socioeconómico, segundo a escala de Graffar, a maioria (60,6%) pertencem à classe média baixa (classe IV). De salientar ainda que nenhum participante pertence à classe alta (I), o que se mostra preocupante, uma vez que cuidar de um doente dependente, acarreta um acréscimo de despesas, muitas vezes incomportáveis.

3.3. Caracterização do contexto da prestação de cuidados

A prestação de cuidados foi efetuada maioritariamente por cônjuges da pessoa dependente (60,6%), a que se seguiram os descendentes (27,3%), nomeadamente as filhas (21,2%) e outros familiares (12%), em consonância com outros estudos consultados (Cunha et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Sequeira, 2013) e com a recente definição de CI, que se refere a membros da família que acompanham e cuidam (DR, 2010). Obedecem, ainda, ao Modelo Hierárquico Compensatório que defende uma ordem preferencial na assunção do papel: cônjuge-filhos-outros familiares (Pereira, 2013). Tendo em conta as dificuldades do sistema de saúde e proteção social em dar respostas às necessidades de cuidados da população, tem sido atribuída às famílias a responsabilidade pelo cuidado dos seus membros em situação de doença e/ou dependência (OPSS, 2015; Araújo e Martins, 2016).

Verificou-se neste estudo que a maioria dos CI's residia com o idoso dependente (90,9%), assim como no estudo de Dahdah e Carvalho (2014) e Pérez-Cruz et al. (2016), confirmando a perspetiva de alguns autores, de que a coabitação é um fator importante na assunção do papel de CI, colocando-o numa posição privilegiada para o desempenho do mesmo (Sequeira, 2010; Ribeiro, Pinto e Regadas, 2013). Também a coabitação é destacada na definição mais recente de CI principal, já referida anteriormente (DR, 2020). É também relatada, a coabitação, como necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental (Lage, 2005) o que coincide com a realidade estudada, uma vez que os idosos da amostra, eram na sua maioria, totalmente dependentes.

O desempenho do papel de CI's decorreu entre 2 meses e 20 anos, com um tempo médio de 5,5 anos, destacando-se 36,4%, que prestaram cuidados entre 4 e 8 anos. No que respeita ao tempo despendido nos cuidados, os CI's gastaram em média, diariamente, 10,3 horas, num mínimo de 4 e num máximo de 24 horas/dia. A maioria dos CI's refere não ter cuidado de alguém dependente no passado (72,2%), pelo que não apresentam experiência prévia no desempenho deste papel.

O presente estudo visou também analisar o apoio recebido pelos CI's, sendo que a maioria recebia ajuda (54,5%), proveniente, essencialmente, de familiares (48,6%) onde se destacam as filhas, seguindo-se o apoio domiciliário (12,1%) e por fim, o recurso a cuidadores remunerados (6,1%). Estes resultados foram também encontrados nos estudos de Castro et al. (2013) e Anjos et al. (2014). De facto, uma das principais fontes de ajuda provém de familiares próximos, reforçando a importância do suporte familiar em situação de dependência (Araújo e Martins, 2016).

Para além da ajuda referida, os CI's sublinham ainda, na sua maioria (81,8%), a necessidade de mais apoios, nomeadamente: visita domiciliária de enfermagem (66,7%), visita

domiciliária médica (45,5%), instituições de apoio social (21, 2%), apoio familiar (15,2%) e monetário (3%). Cuidar de um idoso dependente constitui um processo complexo, ficando o CI exposto à sobrecarga (física, psicológica e socioeconómica), sendo que, quando se sente apoiado, consegue desempenhar com maior êxito o seu papel, reduzindo a incidência de situações de conflito, de ansiedade e stresse.

Ao assumirem o papel de CI's, a maioria (87,9%) mostrou necessidade em alterar as suas atividades/interesses, nomeadamente, os passatempos (84,3%), seguidos das relações familiares e com amigos (75,8%), atividades profissionais (27,3%) e outros (mudar de país para cuidar do seu familiar idoso, 3%). Num estudo de Torres et al. (2013) a maioria sofreu limitações na sua vida profissional/ocupacional. No que se refere aos passatempos, as atividades agrícolas (15,2%), desportivas (15,2%) e ir às compras (15,2%), passear com a família (6,1%) e participar em atividades religiosas (3%) foram os passatempos mais afetados pela assunção do papel dos CI's, referidos pelos CI's deste estudo. O desempenho do papel de CI interfere, pois, com aspetos da vida pessoal, familiar, laboral e social.

3.4. Identificação das estratégias de *coping* do cuidador informal

Tendo em conta os resultados obtidos através da aplicação do inventário F-COPES e considerando os valores de referência para a sua interpretação (tabela 1), de acordo com o estudo de Cunha e Relvas (2016), constatámos que os CI's em análise recorrem a estratégias de *coping*, uma vez que a média obtida para a escala total (79,96±8,14) se encontra entre os intervalos de valores, calculados por estas autoras (90,37±17,91), mais próxima do limite inferior. Também os valores obtidos para os cinco fatores se encontram nos intervalos calculados para as mesmas, destacando-se o fator "Reenquadramento" (25,9 pontos) e a "Mobilização de apoio formal" (8,54 pontos), que se encontram nos valores considerados de referência.

Tabela 1 – Valores de Referência do Inventário F-COPES por fator e global

Fatores F-COPES	Cunha e Relvas (2016)	
	Média	Desvio Padrão
Reenquadramento	25,46	5,47
Procura de Apoio Espiritual	10,75	4,38
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	6,28	3,05
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	20,35	5,10
Mobilização de apoio formal	8,08	3,08
Total	90,37	17,91

Assim, podemos concluir que os CI's do estudo, dispõem de capacidade de resposta a momentos de stresse familiar, revelando capacidade para utilizar estratégias internas e externas. Revelam, pois, capacidade para redefinir a experiência stressante de forma a torná-la contornável e de procurarem soluções de forma rápida e ativa (Reenquadramento) assim como, boa capacidade para procurar recursos em entidades de apoio formal (Mobilização de apoio formal). Relativamente ao apoio formal, verificou-se maior nível de concordância na procura de ajuda e aconselhamento profissional e menor concordância na procura de instituições de apoio a idosos (Estrutura Residencial para Idosos). Atendendo a que a maioria dos idosos da amostra são totalmente dependentes, requerendo cuidados mais complexos, compreende-se que a família tenha recorrido ao aconselhamento profissional como forma de

obter ajuda relacionada com os cuidados a prestar e tenha sido encaminhada para o serviço da ECCI do qual usufruem. Esta tipologia de cuidados representa o modelo privilegiado de acompanhamento de pessoas dependentes e familiar CI, em contexto domiciliário (Petronilho, 2016). Por outro lado, recorrem pouco a outras instituições de apoio, pois muitos deles, por vezes, desconhecem as respostas formais existentes ou por questões culturais.

De referir que a "Aquisição de apoio social – relações de vizinhança", ainda que considerada pelos CI's, obteve a média mais baixa, o que pode relacionar-se com o facto dos CI's da amostra em estudo pertencerem ao meio urbano, onde geralmente, não se verificam relações de solidariedade como no meio rural.

O recurso a estas estratégias certamente conduzirá a uma melhor adaptação ao papel de CI's uma vez que resultados de um estudo conduzido por Pinto e Barham (2014b), são consistentes com o facto de CI's que utilizam estratégias de enfrentamento de stresse com maior frequência, têm menos conflitos com a pessoa idosa de quem cuidam e a perceção de menor nível de sobrecarga em alguns fatores. Também um estudo de Pérez-Cruz et al. (2016), apoia a hipótese de que o enfrentamento disfuncional pode aumentar a carga subjetiva. De salientar ainda, que pessoas que diversificam os comportamentos de *coping* experienciam menos sofrimento (Lagarelhos, 2012).

3.5. Fatores que influenciam as estratégias de *coping* do cuidador informal

Procurou-se analisar a correlação entre as estratégias de *coping* e algumas variáveis em estudo, tendo-se verificado a existência de uma correlação positiva entre a idade do idoso e o fator "Procura de apoio espiritual" ($r_s = 0,498$; $p = 0,003$), o que significa que CI's de idosos com mais idade tendem a procurar mais apoio espiritual. Este resultado pode estar relacionado com o facto de serem idosos a assumir o papel de CI's, uma vez que o grupo etário predominante se encontra entre 70-79 anos e que, com o avançar da idade, a procura da espiritualidade constitui uma importante fonte de suporte emocional, que parece influenciar, de forma positiva, o lidar com situações de stresse (Cartaxo et al., 2012).

Obteve-se igualmente uma correlação negativa moderada entre a pontuação total do inventário F-COPES e Barthel total ($r_s = -0,496$; $p = 0,003$), bem como uma correlação negativa elevada, entre o fator "Procura de apoio espiritual" e Barthel total ($r_s = -0,557$; $p = 0,001$), o que indica que CI's de idosos mais dependentes tendem a utilizar um maior número de estratégias de *coping* e que estes tendem a recorrer mais à estratégia "Procura de apoio espiritual". Tais resultados podem justificar-se pelo excesso de atividades a desenvolver, pois quanto maior o nível de dependência do idoso, maior a necessidade de cuidados e, por conseguinte, maior o nível de sobrecarga do CI (Maia e Dal Pozzo, 2013). Estes, procuram igualmente um suporte espiritual para continuarem na rotina de cuidados, também encontrado num estudo de Sequeira (2010) e Cartaxo et al. (2012).

Verificou-se também uma correlação negativa moderada entre a idade do CI e a pontuação total do inventário F-COPES ($r_s = -0,352$; $p = 0,045$), o que significa que CI's mais novos tendem a recorrer a um maior número de estratégias de *coping*. Tal resultado pode estar relacionado com o facto dos jovens mais facilmente poderem obter informação e recursos, ou ainda pelo desempenho, simultâneo, de vários papéis (socioprofissionais e familiares) e necessitarem recorrer a mais estratégias de *coping* que os ajudem a dar resposta a todos eles.

Constatou-se ainda, a existência de correlação negativa moderada entre a pontuação obtida na Escala de Graffar e a pontuação total F-COPES ($r_s = -0,407$; $p = 0,019$), o que significa que

CI's que pertencem a uma classe social mais elevada, tendem a utilizar mais estratégias de *coping*. Este resultado encontra-se em consonância com a literatura, segundo a qual a escolha das estratégias de *coping* está determinada, em parte, por alguns recursos nos quais se incluem os socioeconômicos e educacionais (Sequeira, 2010). Ao ocuparem uma posição social mais elevada, os CI's tenderão a apresentar melhores recursos e consequentemente a recorrer a um maior número de estratégias de *coping* (internas e externas).

CONCLUSÃO

Atualmente, as políticas nacionais encaminham-se para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, em que o cuidado prestado pela família assume particular relevância e a qual deve ser reconhecida como um recurso no cuidado à pessoa dependente, pelo que deve emergir como foco dos cuidados de enfermagem.

Ao cuidar de um idoso dependente, a família sofre várias (re)adaptações, enfrentando situações de crise e mesmo de rutura, sendo a única forma de aliviar esta sobrecarga pessoal e familiar, intervir junto desta população, providenciando o bem-estar do CI.

Como profissional de saúde, o enfermeiro deve efetuar um diagnóstico das principais dificuldades, necessidades e potencialidades da família no desempenho do seu novo papel, identificando as estratégias utilizadas bem como variáveis que possam influenciar a mobilização das mesmas.

Sugere-se deste modo e face aos resultados do estudo, implementar intervenções personalizadas incidindo particularmente nas populações mais idosas, já que foram os mais jovens a recorrer a um maior número de estratégias; procurar fortalecer e alargar as redes sociais do CI (família alargada, vizinhos, instituições de apoio formal) para criar redes de apoio secundário; orientar para a aquisição de subsídios/prestações sociais que possam colmatar algumas necessidades económicas e facultar o apoio emocional e instrumental necessário. Devem assim, implementar-se programas psicoeducacionais destinados a CI's, que incluam uma componente educacional, treino de habilidades e apoio emocional.

Os cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de cuidados, devem promover a sua capacitação, perante as exigências decorrentes das transições que vão ocorrendo ao longo do ciclo vital, neste caso, do cuidar de um familiar idoso, dependente. Devem ter presente que intervenções que desenvolvam competências para cuidar e potenciem estratégias de *coping*, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dos CI's e dos idosos alvo de cuidados, bem como para a continuidade da disponibilidade familiar.

O estudo apresentou como principal limitação a impossibilidade de generalização dos resultados para a população em geral, pelo reduzido tamanho da amostra e pelo seu carácter não probabilístico. De referir ainda o facto de terem sido encontrados poucos estudos recentes publicados, que versam as estratégias de *coping* de CI de idosos dependentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anjos, K. F; Boery, R. N. S. O. & Pereira, R. (2014). Qualidade de Vida de Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes no Domicílio. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 23(3): 600-608. Acedido em abril 10, 2017, em Scielo: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf

Araújo, F. & Martins, T. (2016). Avaliação dos Cuidadores. Considerações e Orientações para a Prática. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (Cord.), A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador (pp.113-129), Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Araújo, I. & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. Revista de Enfermagem Referência, III Série (6), 95-102. Acedido em abril 10, 2017, em Scielo: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a09.pdf>

Areosa, S. V. C.; Henz, L. F.; Lawisch, D. & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Psicologia, Saúde e Doenças, 15(2), 482-494. Acedido em outubro 20, 2017, em:

Scielo:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201400020001

Braithwaite, V. (1992) Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. Research on Aging. Sage Journals, 14(1), 3-27. Acedido em outubro 20, 2017, em Sage Journals: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027592141001>

Cartaxo, H. G. O.; Gaudêncio, M. M. P.; Santos, A. R. M.; Araújo, R. A. & Freitas, C. M. S. M. (2012). Vivência dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Revelando Estratégias para o Enfrentamento do Cotidiano. Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, n.º 1, pp. 59-74.

Castro, L.; Vagos, P. & Souza, D. N. (2013). Perfil Sociodemográfico dos cuidadores informais do Distrito de Aveiro: Portugal. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança. (pp.235-241). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Cordeiro, L. A. G. (2011). Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em março 30, 2017, em Repositório do Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1665>

Costa, J.; Barroso, I.; Rainho, C & Monteiro, M. J. (2013). Avaliação das necessidades das famílias com pessoas dependentes de uma aldeia da região de Basto. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança. (pp.326-330). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Cunha, M.; Pimenta, R. & Nascimento, A. (2013). Género e qualidade de vida do cuidador informal. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança. (pp.130-135). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Cunha, D. & Relvas, A. P. (2016). Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F- COPES). In Relvas, A. P. e Major, S. (Cord). Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação. Volume II (pp.19-35). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Dahdah, D. F. & Carvalho, A. M. P. (2014). Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, 22 (3), 463-472. Acedido em junho 20, 2017, em UFSCar: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.067>

Diário da República (2006). Portaria nº 567/2006, I Série B, 113 (06-06-12), 4165-4274

Diário da República (2018). Regulamento nº428/2018, 2.ª Série, 135 (18-07-16), 19354-19359

Diário da República (2019). Lei nº 100/2019, 1ª Série, 171 (19-09-06), 3-16.

Diário da República (2020). Portaria nº 64/2020, 1.ª Série, 49 (20-03-10), 5-18.

Direção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS.

Duarte, Y. A. O.; Costa, P. R.; Nunes, D. P. & Lebrão, M. L. (2013). Quem são, como se sentem e com que suporte contam os cuidadores de idosos dependentes no Brasil: evidências do Estudo SABE. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança. (pp.70-75). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) (2012). *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. Acedido em junho 4, 2017, em EOHSP:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf?ua=1

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos. Porto: ERS. Acedido em abril 19, 2017, em FRS:

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf

Ferreira, A.; Pereira, A.; Ferreira, S.; Vieira, E. & Meireles, N. (2012). Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família? In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.260-224). Porto: ESEP.

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa. Em *Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Gonçalves, L.; Almeida, M. & Antunes L. (2013). Idosos que cuidam de idosos no domicílio. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.48-52). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia

Guido, L. A.; Costa-Linch, G. F. C; Pitthan, L. O & Umann, J. (2011). Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45 (6), 1434-1439.

Acedido em novembro 20, 2017, em Revista USP:

<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40855/44275>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012). Censos 2011. Resultados Definitivos. Lisboa: INE, I. P.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2016). Anuário Estatístico de Portugal 2015. Lisboa: INE I.P. Acedido em março 25, 2017, em INE:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=INEexpgid=ine_publicacoesePUBLICACOESpub_boui=277187628ePUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018a). Estatísticas Demográficas 2017, Lisboa: INE I.P.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018b). 'Estimativas de População Residente em Portugal 2017' Destaque. Informação à Comunicação Social, 1-13.

Jorge, A. M. (2004). Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência.

Lagarelhos, J. P. P. (2012). Stress, Coping e Qualidade de vida familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010. Dissertação de Mestrado na Área de Especialização em Psicologia Clínica e Saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Paúl, C & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, Inc., New York.

Loureiro, H.; Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012). Cuidar de um familiar idoso dependente uma experiência de (des)prazer. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.285). Porto: ESEP.

Maia, H. & Dal Pozzo, V. (2013). Idosos que cuidam de idosos. In Souza, D. N. & Rua, M. S. (Cord.), *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança* (pp.44-47). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Marques, S. C. L (2007) *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda

Martins, C. S.; Corte, A. E. M. & Marques, E. M. B. G. (2014). 'As Dificuldades do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso' *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia nº 2, pp. 177-184.

Martins, O. S. P. (2014). *A Família do Idoso Dependente – Análise das Necessidades/ Dificuldades no Cuidar no Domicílio*. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Acedido em março 29, 2017, em Repositório Científico IPVC: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1291>

- Melo, R. M. C.; Rua, M. S. & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 2 - mai./jun.*:143-151.
- Neri, A. L. (2013). Famílias Cuidadoras: problemas e desafios. In Souza, D. N. e Rua, M. S. Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança (pp 38-43). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório Primavera, OPSS.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Internacional da Família*. Acedido em agosto, 8, 2017, em OE:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia2014.aspx>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017). *Health at a Glance 2017*, OECD Indicators, Publishing, Paris.
- Peixoto, M. J. & Machado, P.P. (2016). A sobrecarga e o stresse do cuidador. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. & Machado, P. P.(Cord.), *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador* (pp. 95-11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, E. P. P. (2011). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado. Relevância da Definição dos Cuidados Prestados*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em março 28, 2017, em U. Porto: <http://hdl.handle.net/10216/62191>
- Pereira, M. G. & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20 (2) 369-383.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais. Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Pereira, F. A. (2014). Saúde, Fatores Sociais e Suporte Social dos Idosos. In *eBook Os Muito Idosos: Estudo do Envelhecimento em Coimbra. Perfis Funcionais e Intervenção*. (pp.47-67). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- Pérez-Cruz, M.; Muñoz-Martínez, M. Á.; Parra-Anguita, L.& Del-Pino-Casado, R. (2016). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 1-8.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Estudo Exploratório sobre o Impacte nas Transições do doente e do Familiar Cuidador*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Acedido em abril 2, 2017 em Repositório da Universidade de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10451/10572>
- Petronilho, F. A. S. (2016). *Preparação do regresso a casa*. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. e Machado, P. P.(Cord.) *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador*. (pp. 73-93). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, F. N. F. R. & Barham, E. J. (2014a). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 525-539.
- Pinto, F. N. F. R. & Barham, E.J. (2014b). Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (3), 635-655. Acedido em junho 20, 2017, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201400030007 SciELO
- PORDATA (2017a). Índice de Dependência de Idosos, Acedido em novembro 24, 2019, em PORDATA: <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+depend%c3%aancia+de+idosos-1929>
- PORDATA (2017b). Índice de Dependência de Idosos. Acedido em novembro 24, 2019, em PORDATA: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+depend%c3%aancia+de+idosos-461>
- Ribeiro, O. L.; Pinto, C. S. & Regadas, S. S. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado' *Revista de Investigação em Enfermagem* n.º 4, pp. 64-74.

Rocha, B. M. P & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56. Acedido em junho 20, 2017 em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/09.pdf>

Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Diagnósticos e Intervenções. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers' *Journal of Clinical Nursing* n.º. 22, pp. 491-500.

Sousa-Uva, M. & Dias, C. (2014). 'Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013' *Boletim Epidemiológico*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Artigos breves n.º.4, pp.12-14.

Torres, S.; Costa, N. & Abreu, W. (2013). Prestação Informal de Cuidados a Idosos Dependentes – Gestão Emocional dos Cuidadores. In Souza, D. N. & Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança* (pp.153-158). Aveiro: Universidade de Aveiro, Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

