



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Daniela Brás Rego

**Sobrecarga em Cuidadores Informais de
Doentes com *Alzheimer***



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Daniela Brás Rego

**Sobrecarga em Cuidadores Informais de
Doentes com *Alzheimer***

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira

outubro de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: Daniela Brás Rego

Endereço eletrónico: danibrego1@gmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 13936896

Título da dissertação: Sobrecarga em Cuidadores Informais de Doentes com *Alzheimer*

Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Pereira

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE A DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 16/10/2015

Assinatura: _____

Índice

Resumo.....	iv
Abstract	v
Introdução.....	6
Método	9
Objetivos.....	9
Participantes.....	10
Procedimentos	10
Instrumentos	11
Análise de Dados	13
Resultados	14
Discussão.....	21
Limitações	25
Conclusões e Implicações	25
Referências	26

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Descrição da amostra.....	14
Tabela 2. Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Psicológicas e a Sobrecarga no Cuidador Informal	15
Tabela 3. Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de <i>Coping</i> e Recurso ao <i>Mindfulness</i> em Função dos Níveis de Sobrecarga	17
Tabela 4. Preditores da Sobrecarga no Cuidador Informal	18
Figura 1. Relação entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Sobrecarga moderada pela Duração dos Cuidados.....	19
Tabela 5. Análise de Moderação da Duração dos Cuidados na relação entre o <i>Coping</i> e a Sobrecarga	19

Agradecimentos

À Professora M. da Graça Pereira, pela oportunidade de realização deste trabalho mas especialmente pelas aprendizagens que me motivaram a querer fazer sempre mais e melhor.

À Doutora Carolina Garrett, Doutora Carla Fraga e ao Doutor Miguel Gago pela disponibilidade e humildade com que sempre me receberam.

Aos meus pais, Alcina e Luís, pelos sacrifícios que me permitiram chegar até aqui e por nunca duvidarem que eu ia ser capaz, sendo muitas vezes a minha única motivação, foi por vocês.

Aos meus irmãos, Diogo e Catarina, por me inspirarem a querer ser aquilo que eles acreditam que sou, por nunca duvidarem, obrigada.

A toda a equipa do Grupo de Investigação em Saúde Familiar e Doença, principalmente à Sara Lima por toda a disponibilidade, apoio e palavras de incentivo quando precisei.

À Rafaela Abreu, pelas horas de companheirismo ao longo deste percurso, e pela partilha de sucessos e vitórias face aos obstáculos surgidos.

À minha colega, hoje amiga, Sara Faria, pelas palavras, compreensão e por acreditar sempre em mim, nunca me deixando baixar a cabeça.

À minha amiga Patrícia Figueiredo o meu mais genuíno obrigada, não só pela amizade e confiança, por nunca ter duvidado que eu conseguia e ter estado sempre pronta para me ajudar fazendo com que esta vitória seja tanto minha como dela.

Ao João Santos, por acreditar sempre em mim e, muitas vezes, por mim. Obrigada pelo apoio, compreensão e por estares sempre lá, incentivando-me sempre a ser aquilo que acreditas que seja.

Ao João Costa, mais que pelo abrigo e paciência, pela amizade e apoio quando o cansaço já se fazia sentir.

A todos os meus amigos e amigas, em especial à Suzi e à Cláudia, que me acompanharam ao longo destes anos e me incentivaram a continuar esta luta, mesmo quando quis baixar os braços.

Obrigada, de coração!

Sobrecarga em Cuidadores Informais de Doentes com *Alzheimer*

Resumo

A Doença de *Alzheimer* exige uma demanda de cuidados assumidos pelo cuidador, levando a uma elevada sobrecarga. Este estudo pretendeu compreender as variáveis que se relacionam, predizem e moderam a sobrecarga de cuidadores de doentes com *Alzheimer*, nos estádios moderado e avançado. Participaram neste estudo 102 cuidadores que responderam às versões portuguesas de: *Burden Interview Scale*, *Carer's Assessment of Managing Index*, *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*, *Family Disruption from Illness Scale*, *Revised Impact of Events Scale* e *Revised Memory and Behavior Problems Checklist*. Cuidadores mais velhos, do sexo feminino, menos escolarizados, filhos e cônjuges dos doentes, sem ajuda na prestação de cuidados, que despendem mais horas no cuidado diário, com maiores níveis de sintomatologia física e traumática, que adotam menos estratégias de *coping* eficazes, que recorrem menos ao *mindfulness* e identificam mais problemas de memória e comportamento nos doentes, apresentam maiores níveis de sobrecarga. A sintomatologia física, sintomatologia traumática, o *coping* e o *mindfulness* previram a sobrecarga do cuidador e a duração dos cuidados foi moderadora da relação entre o *coping* e a sobrecarga. Assim, é importante intervir nesta população particularmente nos cuidadores mais velhos e com menor escolaridade no sentido de diminuir a sua sobrecarga.

Palavras-chave: Sobrecarga, Doença de *Alzheimer*, Cuidador Informal

Overload in Informal Caregivers of Patients with *Alzheimer's* Disease

Abstract

Alzheimer's Disease requires care demands by the informal caregiver, leading to a high overhead. This study aimed to understand the variables that relate, predict and moderate the burden of *Alzheimer's* patients' caregivers in moderate and advanced stages. The sample consisted of 102 caregivers who responded to the Portuguese versions of: *Burden Interview Scale*, *Carer's Assessment of Managing Index*, *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*, *Family Disruption from Illness Scale*, *Revised Impact of Events Scale* and *Revised Memory and Behavior Problems Checklist*. Older caregivers, female, less educated, patient's daughters and spouses, without help in providing care, the ones who spend more hours in day care, as well as, those who least often use *mindfulness*, those who have higher levels of physical and traumatic symptoms, those who adopt less effective *coping* strategies and identify more patient memory and behavior problems, have higher levels of burden. Physical symptoms, traumatic symptoms, *coping* strategies and *mindfulness*, predicted caregiver burden and the duration of care moderated the relationship between *coping* and overload. It is important to intervene in this population, particularly in older and less educated caregivers to decrease their burden.

Keywords: Burden, Overload, *Alzheimer's* Disease, Informal Caregivers

Introdução

O envelhecimento populacional, que se vem identificando nas últimas décadas, é acompanhado do aumento da prevalência das demências em geral (Associação *Alzheimer*, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), as demências eram a sexta maior causa de morte nos países desenvolvidos e a quinta mais frequente causa de morte em 2014. A Doença de *Alzheimer* (DA) é a forma mais comum de demência e representa cerca de 60 a 70% das demências em geral, representando 5 a 10% das doenças em idosos, com idades superiores aos 65 anos (Associação *Alzheimer*, 2015). Em Portugal, Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015), identificaram 160,287 pessoas com demência, correspondentes a 5.91% da população idosa acima dos 60, dos quais 50 a 70% estão associados à DA.

A população de cuidadores informais ainda possui pouco suporte para a prestação de cuidados, o que cada vez mais constitui um fator de risco para o desgaste físico e emocional perante a progressão das doenças crónicas (Garrido e Menezes, 2004). Assim, este estudo pretende atender à importância crescente, apontada por Novelli, Nitrini e Caramelli (2010), de desenvolvimento de estudos que abordem até que ponto a DA tem impacto sobre a vida dos cuidadores, com fim ao desenvolvimento de programas de intervenção na área da saúde e bem-estar, sendo inovador na medida em que, inclui o *mindfulness* como técnica de redução do mal-estar físico e psicológico, o que nunca foi estudado nesta população em Portugal.

Caraterizada pela deterioração cognitiva e perda da capacidade de atender às suas necessidades pessoais, como a realização das suas atividades de vida diárias (AVDs), a DA faz com que o doente se torne um indivíduo cada vez mais dependente, surgindo uma exigência de cuidados especiais assumidos pelo cuidador (Cruz & Hamdan, 2008). Vários estudos evidenciam que, habitualmente, os cuidadores são do sexo feminino, especialmente as esposas e filhas dos doentes (Burns, Nichols, Adams, Graney, & Lummus, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Taub, Andreoli, & Bertolucci, 2004), sendo estas quem despense mais horas no cuidado diário, apresentando uma maior perceção da sobrecarga (Martín, 2002). Geralmente, o cuidador é escolhido dentro do círculo familiar, sendo que, muitas vezes, o papel é assumido de forma inesperada, levando à sobrecarga. Taub et al. (2004) identifica a sobrecarga dos cuidadores como um dos principais problemas causados pela demência, que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados, correspondendo, à perceção que tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas (Braithwaite, 2000). Farran (2004) identifica

uma diferença de género no que respeita à perceção de sobrecarga manifestada pelo cuidador, sendo que as mulheres apresentam maiores níveis de sobrecarga que os homens. Segundo Brito (2002), os cuidadores mais velhos apresentam pior perceção da sua saúde física e psicológica e, ainda, uma maior perceção da sobrecarga, ao contrário dos cuidadores mais escolarizados que referenciam menos sobrecarga como referem Riedel, Fredman e Langenberg (1998). Williamsom e Schulz (1992) previram que a sobrecarga aumenta proporcionalmente à duração dos cuidados. Lemos, Gazzola e Ramos (2006), apontam a duração dos cuidados, idade, sexo, grau de parentesco e nível de escolaridade dos cuidadores como os preditores da sobrecarga.

Wijeratne e Lovestone (1996) identificam a frequência dos problemas de memória e comportamento do doente como a variável mais determinante da sobrecarga do cuidador. Com a evolução gradual e degenerativa dos constantes problemas de memória e comportamento do doente, é exigida ao cuidador uma grande capacidade de adaptação que tende a ser cada vez maior, o que se relaciona positivamente com a sobrecarga exigida (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Toyoda, 2009).

Um dos principais efeitos do impacto da DA nos cuidadores é ao nível da perceção da sua saúde física, pois é comum o cuidador sentir-se debilitado fisicamente (Braithwaite, 2000). Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine (1991) declaram que os cuidadores de idosos com demência apresentam um pior julgamento sobre a própria saúde, que está identificada como um preditor significativo da sobrecarga. O prejuízo na saúde física pode persistir até quatro anos após a morte do paciente, sendo os sintomas mais comuns: tensão, fadiga, *stress*, perda de peso, desgaste e tensão muscular, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e artrite (Garrido e Menezes, 2004).

Martins, Ribeiro e Garrett (2003) salientam que o cuidador enfrenta constantemente novas situações de sobrecarga física, psicológica e social, comprometendo o seu bem-estar físico e psicológico. A sobrecarga surge associada ao desgaste emocional e ao desenvolvimento de síndromes psicopatológicas, uma vez que, as exigências continuadas das tarefas, conduzem a situações de *stress* e ao desenvolvimento de perturbações emocionais, como a depressão ou a ansiedade (Dunkin & Hanley, 2006; Ferreira, 2013; Powers, Gallagher-Thompson & Kraemer, 2002). Vários estudos revelam a presença de sintomas depressivos em familiares cuidadores, podendo associar-se à progressiva deterioração do estado do idoso, à redução do tempo livre ou à ausência de apoio (Dunkin & Hanley, 2006; Powers et al., 2002). Surgem igualmente, sentimentos de ansiedade e preocupação pela saúde do familiar, pela própria saúde, pelos conflitos familiares associados e pela falta de tempo

para si. Diversos autores têm concluído que a identificação e prevenção de eventuais psicopatologias reduz a perceção da sobrecarga do cuidador e, conseqüentemente melhoram os cuidados prestados ao idoso (Ferreira, 2013).

O *stress* relacionado com o cuidado está mais associado aos elementos emocionais da situação e à forma como esta é percecionada pelo cuidador, do que ao número de tarefas objetivas ou ao grau de dependência física e mental do doente (Garre-Olmo et al., 2000). Com base na Teoria do Ajustamento ao *Stress* de Lazarus e Folkman (1984), percebe-se que o cuidado funciona como agente stressor que perturba ou ameaça a vida do cuidador, obrigando-o a procurar um ajustamento nas suas condições interiores e exteriores no sentido de lidar com a situação. Deste modo, face às alterações a que a sua vida é sujeita, o cuidador desenvolve estratégias inerentes para ultrapassar e se ajustar a estas da melhor maneira (Gomes, 2011). Brito (2002) conclui que as dificuldades percecionadas pelos cuidadores as estratégias de *coping* por eles utilizadas são vistas como preditores de menor sobrecarga.

Cada vez mais a literatura confirma a eficácia do treino da mente, para a população de cuidadores de doentes com demência lidar com as circunstâncias implícitas no cuidado (Epstein-Lubow, 2006). Hofmann, Sawyer, Witt e Oh (2010), destacam o *mindfulness*, como um recurso utilizado para promover essencialmente a saúde mental e o bem-estar psicológico, salientando a sua eficácia na diminuição das sintomatologias depressiva e ansiosa, comumente manifestadas pelo cuidador. Franco, Sola e Justo (2009), num estudo com objetivo de comprovar se um tratamento com recurso ao *mindfulness* produz melhorias na redução do mal-estar psicológico e sobrecarga de um grupo de cuidadores de doentes com DA, concluíram que a intervenção em consciência plena (*mindfulness*) apresenta melhorias significativas na redução do mal-estar e sobrecarga dos cuidadores. Manteau-Rao (2012) defende que o recurso ao *mindfulness* é especialmente relevante no contexto dos cuidados na demência, uma vez que fornece aos cuidadores recursos internos para se sustentarem melhor emocional e fisicamente a longo prazo, fornecendo-lhes estratégias de autorregulação das emoções.

Este estudo teve como base conceptual o *Stress Process Model* de Conde-Sala, Garre-Olmo, Turro-Garriga, Vilalta-Franch e Lopez-Pousa (2010). Este modelo classifica a sobrecarga do cuidador como uma variável de resultado que tem como preditores (i) variáveis contextuais, incluindo fatores relacionados com o cuidado e algumas características sociodemográficas do cuidador e do doente que neste estudo foram a idade, escolaridade, duração dos cuidados; (ii) stressores primários, que estão relacionados a sintomas do doente ou à evolução da doença, que neste estudo traduzem os problemas de memória e

comportamento do doente e (ii) variáveis que apresentam dificuldades, principalmente ao nível da saúde que neste estudo foram avaliados pelas variáveis de sintomatologia física e traumática (Conde-Sala et al., 2010). Outro suporte teórico para este estudo foi o *Caregiver Burden Model* (Chou, 2000) que classifica a sobrecarga como variável de resultado e as estratégias de *coping* como variável dependente, o que neste estudo se avaliou pelas variáveis *coping* e *mindfulness*. Por fim, o *Stress Process Model* de Pearlin (1990), que refere que o *stress* do cuidado conduz a uma deterioração da saúde física e psicológica do cuidador. Este modelo identifica como variáveis independentes os stressores ou causas do *stress*, que neste estudo foram a sobrecarga, duração de cuidados, os problemas de memória e comportamento do doente, que tem efeito direto e negativo nas variáveis de resultado a saúde física e psicológica do cuidador, sendo neste estudo representadas pela sintomatologia física e traumática.

Método

Objetivos

Esta investigação tem como objetivo primordial compreender as variáveis que se relacionam, predizem e moderam a sobrecarga de cuidadores informais de doentes de *Alzheimer*, nos estádios moderado e avançado. Assim, foram levantadas as seguintes hipóteses: H₁: Espera-se que maior recurso ao *mindfulness*, menor sintomatologia traumática, menos problemas de memória e comportamento do doente, menor sintomatologia física, maior uso de estratégias de *coping* eficazes, menor idade, mais escolaridade do cuidador e maior duração de cuidados estejam negativamente relacionados com a sobrecarga do cuidador; H₂: Espera-se que ser do sexo feminino, ter mais ajuda na prestação de cuidados e mais horas de cuidado diário estejam positivamente relacionados com a sobrecarga; H₃: Esperam-se diferenças ao nível da sintomatologia física, sintomatologia traumática, estratégias de *coping*, recurso ao *mindfulness* e da sobrecarga, em função do grau de parentesco; H₄: Esperam-se diferenças entre os três grupos de cuidadores (sem sobrecarga, com sobrecarga ligeira e com sobrecarga intensa) ao nível da sintomatologia traumática, sintomatologia física, estratégias de *coping* e recuso ao *mindfulness*; H₅: Espera-se que a idade do cuidador, o *coping*, o *mindfulness*, a sintomatologia traumática, a sintomatologia física e os problemas de memória e comportamento do doente sejam preditores da sobrecarga; H₆: Espera-se que a relação entre a eficácia das estratégias de *coping* e a sobrecarga do cuidador seja moderada pela duração dos cuidados. Serão ainda realizadas análises exploratórias, avaliando as diferenças ao nível da sintomatologia traumática,

sintomatologia física, uso de estratégias de *coping*, recurso ao *mindfulness* e sobrecarga em função do sexo, decisão em ser cuidador e do estágio da doença.

Espera-se com este estudo contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção para cuidadores informais de doentes com DA, de forma a responder às suas necessidades físicas e psicológicas e consequentemente, diminuir a sua sobrecarga.

Participantes

Os dados da amostra foram recolhidos nas Unidades de Neurologia de três hospitais do Norte do país: Centro Hospitalar São João (CHSJ) no Porto, Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) em Guimarães, e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) em Penafiel. Desta forma, trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência com participação voluntária. Os critérios de inclusão incluíam ser cuidador de doentes em estádios da doença moderado (estadio 2) e avançado (estadio 3). Foram excluídos cuidadores de doentes cuja etiologia de demência não era DA, com idades inferiores a 18 anos, diagnosticados com perturbações psiquiátricas graves ou cujos doentes residem em lares ou instituições.

Procedimentos

Após a submissão do projeto do estudo aos centros hospitalares referidos e consequente aprovação por parte das suas Comissões de Ética, foi acordado com cada responsável, o método de contacto com os cuidadores bem como o procedimento de recolha de dados a seguir. Os doentes que preenchiam os critérios de inclusão foram sinalizados pelos médicos especialistas em Neurologia, que, no fim da consulta com o doente, convidavam os respetivos cuidadores a participar no estudo. Todos os participantes responderam aos instrumentos nas instalações dos centros hospitalares, após a consulta de rotina do doente e após a assinatura de uma declaração de consentimento informado. Foram também esclarecidos relativamente aos objetivos da investigação, bem como o carácter voluntário da sua participação, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico-Clinico. Constituído por 41 itens, tendo sido desenvolvido para o objetivo deste estudo (Pereira, Rêgo & Abreu, 2014) fornecendo informação sobre variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador e do doente.

Burden Interview Scale (BIS) (Zarit & Zarit, 1983), Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) Versão Portuguesa de Sequeira (2010). Constituída por 22 itens, permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador. Obtém-se uma pontuação global em que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte: inferior a 46: sem sobrecarga, entre 46 e 56: sobrecarga ligeira e superior a 56 correspondem a uma sobrecarga intensa. Na versão original a escala apresenta um alfa de *Cronbach* de .84, na versão portuguesa o alfa de *Cronbach* foi de .93 e no presente estudo foi de .90.

Career's Assessment of Managing Index (CAMI) (Nolan et al., 1996) Versão Portuguesa de Brito (2002). Constituído por 38 itens, permite identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores. Os itens incidem sobre as estratégias utilizadas na resolução das dificuldades e são identificados três fatores: o primeiro “Lidar com os Acontecimentos/ Resolução de Problemas” apresenta um alfa de *Cronbach* de .70 na versão original, de .75 na versão portuguesa e neste estudo de .73; o segundo “Perceções Alternativas Sobre a Situação” apresenta um alfa de *Cronbach* de .81 na versão original, na versão portuguesa de .63 e .72 neste estudo; e o terceiro “Lidar com os sintomas de *Stress*” apresenta um alfa de *Cronbach* de $\alpha = .70$ na versão original, .62 na versão portuguesa e de .61 neste estudo. Um resultado total elevado representa maior utilização das estratégias de *coping* eficazes. A escala total apresenta um alfa de *Cronbach* de .86 na sua versão original e a versão portuguesa apresenta um $\alpha = .80$ (Brito, 2002). No presente estudo, foi somente utilizado o total da escala que apresenta um alfa de .85.

Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R) (Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004) Versão Portuguesa de Pereira e Rêgo (2015). Apresenta-se como uma escala unidimensional, constituída por 10 itens que permite avaliar os quatro domínios do *mindfulness*: regulação da atenção, a orientação para a experiência do presente, a consciencialização da experiência e aceitação/não julgamento em relação à experiência. Um resultado elevado na escala total indica maior recurso ao *mindfulness*. Para este estudo foi utilizada a versão de investigação (Pereira & Rêgo, 2015). Dado que nenhuma das amostras dos estudos portugueses com a CAMS-R tem características sociodemográficas semelhantes às

da amostra do presente estudo, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória e à avaliação da consistência interna dos itens, nesta amostra. Nesta análise verificou-se que 1 dos 10 itens constituintes da escala saturava abaixo de .30 (item 6), fazendo com que o alfa da escala não fosse satisfatório (0.56), tendo sido eliminado. Desta forma, a versão portuguesa adaptada (Pereira & Rêgo 2015), é constituída por 9 itens e apresenta um alfa de .78.

Family Disruption from Illness Scale (FDIS); Versão Portuguesa de Pereira & Malheiro (2007). Composto por 42 sintomas físicos, esta escala avalia o grau de disrupção na saúde física do cuidador. Um resultado elevado significa mais sintomatologia física ou seja, maior disrupção na saúde física do cuidador. Uma vez que este instrumento ainda não foi utilizado em nenhuma investigação portuguesa com uma amostra com características sociodemográficas semelhantes às do presente estudo, foi apenas utilizada a versão de investigação. Contudo, uma vez que o número de participantes não é suficiente para ser realizada a adaptação desta escala para a população portuguesa, não foi possível a sua validação. No presente estudo o alfa foi de .86.

Revised Impact of Events Scale (IES-R) (Weiss & Marmar, 1996; Versão Portuguesa de Pereira & Figueiredo (2008). Composta por 22 itens, avalia a presença de sintomatologia traumática no cuidador informal. Uma pontuação global elevada revela mais sintomatologia traumática. Os itens quantificam a frequência dessa sintomatologia em 3 subescalas: Intrusão, Evitamento e Hipervigilância, com valores de consistência interna na versão original de $\alpha = .94$, $\alpha = .87$ e $\alpha = .91$, respetivamente. Na versão portuguesa, as subescalas apresentam um alfa de *Cronbach* de .81 para a subescala Intrusão, .71 para a subescala Evitamento e .89 para a Hipervigilância. Neste estudos os alfas foram de .93 para a subescala Intrusão, .91 para a subescala Evitamento e de .69 para a subescala Hipervigilância. Na versão original, os valores apontam para uma alfa de *Cronbach* de .94. e na versão portuguesa .94. Neste estudo o mesmo foi de .94.

Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) (Teri et al., 1992). Checklist de Problemas de Memória e Comportamentais Revista (CPMCR, versão de investigação de Pereira, 2013). Composta por 24 itens, é uma escala que avalia a frequência dos problemas comportamentais e de memória do doente e o impacto que estes têm no cuidador. Permite identificar os problemas que ocorrem e a respetiva reação por parte do cuidador obtendo-se duas pontuações, uma para a frequência e outra para a reação. Os itens estão distribuídos por 3 subescalas: Memória, Depressão e Problemas de Comportamento cujos alfas de *Cronbach* variaram entre .67 e .89. A componente *Frequência* de comportamentos do doente apresenta um $\alpha = 0.84$, e a componente *Reação* um $\alpha = 0.90$. Um

resultado global elevado corresponde a maior reatividade do cuidador aos problemas do doente. Neste estudo apenas foi utilizada a componente *Frequência* apresentando um alfa total de .95 e as subescalas Memória de .88, Depressão de .95 e Problemas de Comportamento de .91.

Análise de Dados

Com fim aos procedimentos estatísticos, foi utilizado o programa de tratamento de dados quantitativos IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0. Como forma de responder adequadamente às hipóteses da investigação, com *design* transversal, foram previamente testados os pressupostos da estatística paramétrica, quando isso não se verificava, foram utilizados testes não paramétricos.

Para testar a hipótese 1, foi realizado o teste de Correlação de Pearson com fim à análise da associação entre a idade do cuidador, a sua escolaridade, a duração dos cuidados, o recurso ao *mindfulness*, a sintomatologia traumática, os problemas de memória e comportamento do doente, a sintomatologia física e o uso de estratégias de *coping* com a sobrecarga. Relativamente à hipótese 2, foi utilizado o Teste de Correlação Ponto-Bisserial para analisar a associação entre o sexo do cuidador, horas de cuidado diário e a ajuda na prestação de cuidados com a sobrecarga. Para a hipótese 3, foi utilizado o Teste *t* para amostras independentes com fim à identificação das diferenças entre os cuidadores de familiares próximos (pais ou cônjuge) *versus* outros graus de parentesco ao nível da sua sintomatologia traumática, estratégias de *coping*, recurso ao *mindfulness* e sobrecarga. Foi também realizado um Teste Mann-Whitney U para testar as diferenças ao nível da sintomatologia física em função do grau de parentesco uma vez que esta variável não cumpria os pressupostos da estatística paramétrica. A hipótese 4 foi analisada através do Teste de Kruskal-Wallis para verificar a existência de diferenças ao nível da sintomatologia traumática, sintomatologia física, uso das estratégias de *coping* e recurso ao *mindfulness* nos três grupos de cuidadores informais, sem sobrecarga (CISS: n=22); com sobrecarga ligeira (CISL: n=73); e com sobrecarga intensa (CISI: n=7) e, posteriormente, Testes de Mann-Whitney U com Correção de Bonferroni. A análise da hipótese 5 foi feita através do Teste de Regressão Linear Múltipla, no sentido de perceber se a idade, a escolaridade, as estratégias de *coping*, o recurso ao *mindfulness*, os problemas de memória e comportamento do doente, a sintomatologia traumática e a sintomatologia física eram preditores da sobrecarga, no cuidador informal, tendo sido testada a presença de multicolinearidade sendo que o valor de

VIF foi inferior a 2. Finalmente, no que respeita à hipótese 6, foi utilizado o Modelo Kenny (2015) para analisar o papel moderador da duração dos cuidados na relação entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga.

No que respeita às análises exploratórias, para testar as diferenças ao nível da sintomatologia traumática, sintomatologia física, estratégias de *coping*, recurso ao *mindfulness* e níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do sexo do doente, utilizando o Teste *t* para amostras independentes e o Teste de Mann-Whitney *U* quando as variáveis não cumpriam os pressupostos da estatística paramétrica.

Resultados

Descrição da amostra

Participaram neste estudo 102 cuidadores informais de doentes com DA, 81 do sexo feminino (79%) e 21 do sexo masculino (21%) apresentando uma média de idades de 53 anos (DP=13,33). O nível de escolaridade destes cuidadores é de 8 anos (DP= 4,829) e uma média de duração de cuidados de 6 anos (DP=4,163). Relativamente aos doentes, a média de idades apresentada foi de 78 anos (DP=8,67), compreendidas entre os 54 e os 93 anos. Destes doentes 66 eram do sexo feminino (65%) e 36 do sexo masculino (35%). No que respeita aos estádios da doença, 58 destes doentes encontrava-se no estágio moderado (57%) e os restantes no estágio avançado (43%).

Tabela 1.

Descrição da amostra (n=102)

	N	%
Grau de Parentesco		
Filhos	57	58%
Cônjuges	23	23%
Outros	22	19%
Horas de Cuidado Diário		
1h-12h	25	24.5%
13h-24h	77	75.5%
Ajuda a Cuidar		
Com Ajuda	77	75.5%
Sem Ajuda	25	24.5%
Cuidador pela 1.ª vez		
Sim	77	75.5%
Não	25	24.5%
Escolher Cuidar		
Sim	77	75.5%
Não	25	24.5%

Relação entre Idade, Escolaridade, Duração dos Cuidados, Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, *Coping*, *Mindfulness*, Problemas de Memória e Comportamento do Doente e a Sobrecarga

Os resultados do teste de Correlação de Pearson mostraram uma relação positiva entre a idade do cuidador ($r=.261, p=.008$), a sintomatologia traumática ($r=.571, p <.001$), a sintomatologia física ($r=.451, p <.001$), a frequência dos problemas de memória comportamento do doente ($r=.229, p=.021$) e a sobrecarga do cuidador. Foi identificada uma relação negativa entre a escolaridade ($r= -.240, p =.015$), as estratégias de *coping* ($r= -.472, p <.001$), o recurso ao *mindfulness* ($r= -.552, p <.001$) e a sobrecarga. Apesar disso não foi identificada nenhuma relação entre a duração dos cuidados e a sobrecarga ($r= -.074, p=.457$). Ainda foi identificada uma relação positiva entre a sintomatologia traumática e a sintomatologia física ($r=.554, p <.001$), a duração dos cuidados e a eficácia das estratégias de *coping* ($r=.043, p <.001$) e uma relação negativa entre a idade e as estratégias de *coping* ($r=-.382, p <.001$), a sintomatologia traumática e o recurso ao *mindfulness* ($r= -.523, p <.001$) e ainda entre este último e a sintomatologia física ($r= -.430, p <.001$). Assim, os cuidadores mais velhos, que apresentam maior sintomatologia traumática, mais sintomatologia física, e que relatam maior frequência dos problemas de memória e comportamentos do doente apresentam maiores níveis de sobrecarga. Os cuidadores com mais anos de escolaridade, que utilizam estratégias de *coping* eficazes e que recorrem mais frequentemente ao *mindfulness* apresentam menos sobrecarga. Os cuidadores mais velhos apresentam menos estratégias de *coping*, contrariamente aos que cuidam há mais tempo (Tabela 2).

Tabela 2.

Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Psicológicas e a Sobrecarga no Cuidador Informal (n=102)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Idade	-								
2. Escolaridade	-.610**	-							
3. Duração Cuidados	-.005	.059	-						
4. Sint. Trauma.	-.004	.035	.172	-					
5. Sint. Física	.008	.140	.080	.554**	-				
6. <i>Coping</i>	-.382**	.418	.043*	-.054	-.023	-			
7. Prob. Doente	.048	.059	-.209*	.05	.162	-.090	-		
8. <i>Mindfulness</i>	-.066	-.004	-.045	-.523**	-.430**	.170	-.307	-	
9. Sobrecarga	.261**	-.240*	.074	.571**	.451**	-.472**	.229*	-.552**	-

** $p <.01$; * $p <.05$

Relação entre o Sexo do Cuidador, Ajuda na Prestação de Cuidados, Horas de Cuidado Diário e a Sobrecarga do Cuidador Informal

Os resultados do teste de Correlação Ponto-Bisserial revelaram uma relação negativa entre a ajuda na prestação dos cuidados ($r = -.209$ $p = .024$) e a sobrecarga. Ou seja, quanto mais ajuda na prestação de cuidados, menor será a sobrecarga do cuidador. As horas de cuidado diário estão negativamente relacionadas com o sexo do cuidador ($r = -.210$ $p = .030$), isto é, cuidadores do sexo feminino despendem mais horas no cuidado diário. Não foram identificadas relações entre o sexo do cuidador ($r = -.024$ $p = .813$) nem as horas de cuidado diário ($r = -.154$ $p = .121$) com a sobrecarga. Assim, cuidadores com mais ajuda na prestação de cuidados evidenciam menores níveis de sobrecarga e cuidadores do sexo feminino despendem mais horas no cuidado diário.

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de *Coping*, recurso ao *Mindfulness* e na Sobrecarga em Função do Grau de Parentesco

O grau de parentesco foi classificado como próximo quando o cuidador toma conta de um familiar, como os pais ou cônjuge, e afastado se envolve outros tipos de relação. Os resultados do Teste *t* para amostras independentes revelaram diferenças ao nível do uso de estratégias de *coping* ($t(31.455) = 2.394$, $p = .023$), sendo que os cuidadores responsáveis por doentes com quem têm uma relação mais afastada, adotam mais estratégias de *coping* eficazes que os cuidadores dos pais ou cônjuges. Também foram evidenciadas diferenças ao nível da sobrecarga ($t(39.786) = 2.564$, $p = .014$), sendo os cuidadores que tomam conta dos pais ou cônjuge os que revelam maiores níveis de sobrecarga. Não foram identificadas diferenças ao nível da sintomatologia traumática ($t(100) = .332$, $p = .741$) nem do recurso ao *mindfulness* ($t(31.921) = -.721$, $p = .476$). Os Testes de Mann –Whitney U não revelaram diferenças entre os dois grupos, ao nível da sintomatologia física ($U = 815.000$, $p = .659$). Assim, os cuidadores que assumem os cuidados dos pais ou do cônjuge apresentam maiores níveis de sobrecarga e aqueles que cuidam de doentes com outro grau de parentesco apresentam estratégias de *coping* mais eficazes.

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física e Estratégias de Coping, Recurso ao *Mindfulness* em Função dos Níveis de Sobrecarga

Os resultados do teste Kruskal-Wallis revelaram que existem diferenças significativas entre os grupos ao nível da sintomatologia traumática ($\chi^2(2)= 34.622, p <.000$), sintomatologia física ($\chi^2(2)= 14.318, p= .001$), estratégias de *Coping* ($\chi^2(2)= 7.805, p= .020$) e o recurso ao *mindfulness* ($\chi^2(2)= 25.769, p= .000$) (Tabela 4). Os Testes de Mann-Whitney U com Correção de Bonferroni revelaram que os CISI apresentam maiores níveis de sintomatologia traumática, quando comparados com os CISS ($U= 54.500, p=.001$). Também os CISL apresentam maiores níveis de sintomatologia traumática que os CISS ($U= 198.000, p <.001$). Quando comparados com os CISS, os CISL apresentam maiores níveis de sintomatologia física ($U= 393.500, p=.001$), bem como os CISI ($U= 116.000, p=.016$). Os CISS apresentam mais estratégias de *coping* eficazes comparativamente aos CISL ($U= 511.500, p=.017$). Também os CISS apresentam maior recurso ao *mindfulness* quando comparados com os CISL ($U= 331,500, p=.000$), assim como os CISS quando comparados com os CISI ($U= 48,500, p=.000$) (Tabela 3).

Tabela 3.

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de Coping e Recurso ao *Mindfulness* em Função dos Níveis de Sobrecarga (n=102)

Variável	X^2	p	Categoria	M	p	r
Sintomatologia Traumática	26.997	.000*	CISS. vs CISL	40.18 vs 75.57	.000*	-.51
			CISS. vs CISI	38.24 vs 70.21	.001*	-.34
Sintomatologia Física	10.273	.001*	CISS. vs CISL	42.82 vs 64.83	.001*	-.32
			CISS. vs CISI	39.07 vs 61.43	.016*	-.24
Coping	5.675	.017*	CISS. vs CISL	51.59 vs 35.36	.017*	-.39
			CISS. vs CISI	42.41 vs 26.14	.080	-.17
Mindfulness	16.062	.000*	CISS. vs CISL	54.02 vs 26.76	.000*	-.40
			CISS. vs CISI	43.84 vs 10.93	.000*	-.35

* $p <.05$

Preditores da Sobrecarga no Cuidador Informal

O Modelo de Regressão Linear Hierárquica, explicou 58.4% da variância da sobrecarga, sendo significativo ($F(5,94)=25.651, p <.001$), (Tabela 4). Verificou-se que a sintomatologia traumática ($\beta=.233, t= 3.991, p <.000$) e a saúde física ($\beta=.171, t= 2.326,$

$p=.022$) predizem positivamente a sobrecarga do cuidador. Assim, maiores níveis de sintomatologia traumática e sintomatologia física predizem mais sobrecarga do cuidador. Contrariamente, o recurso ao *mindfulness* ($\beta= -.564, t= -2.395, p=.019$) e o uso de estratégias de *coping* eficazes ($\beta= -.347, t= -4.849, p <.000$) predizem negativamente o nível de sobrecarga no cuidador. Assim, maior recurso ao *mindfulness* e o uso de estratégias de *coping* eficazes predizem menor sobrecarga. Já os problemas de memória e comportamento do doente não foram preditores da sobrecarga ($\beta=1.609, t= 1.404, p=.164$), tal como o idade ($\beta=.038, t=.475, p=.636$) e a escolaridade do cuidador ($\beta= -.292, t= -1.292, p=.200$), (Tabela 4).

Tabela 4.
 Preditores da Sobrecarga no Cuidador Informal (n=102)

Preditores	$R^2(R^2 \text{ Ajust.})$	F	Sobrecarga			f^2	Efeito de Tamanho
			β	t	p		
Bloco 1	.078 (-.059)	4,148				.019*	.08
Idade			.176	1.509	.134		
Escolaridade			-.328	-1.022	.309		
Bloco 2	.613 (.584)	21,032				.000*	1.58
Idade			.038	.475	.636		
Escolaridade			-.292	-1.292	.200		
Sint. Traumática			.233	3.991	.000*		
Sint. Física			.171	2.326	.022*		
Problemas de Memória e Comportamento do Doente			1.609	1.404	.164		
<i>Coping</i>			-.347	-4.489	.000*		
<i>Mindfulness</i>			-.564	-2.395	.019*		

* $p <.05$

Duração dos Cuidados como Variável Moderadora na relação entre o *Coping* e a Sobrecarga

A análise do Modelo de Regressão Hierárquica revelou que a duração dos cuidados é moderadora da relação entre o *coping* e a sobrecarga do cuidador ($t = -3.286, p =.001$). Assim, a relação negativa entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga, só existe quando a duração dos cuidados é elevada (Tabela 5; Figura 1).

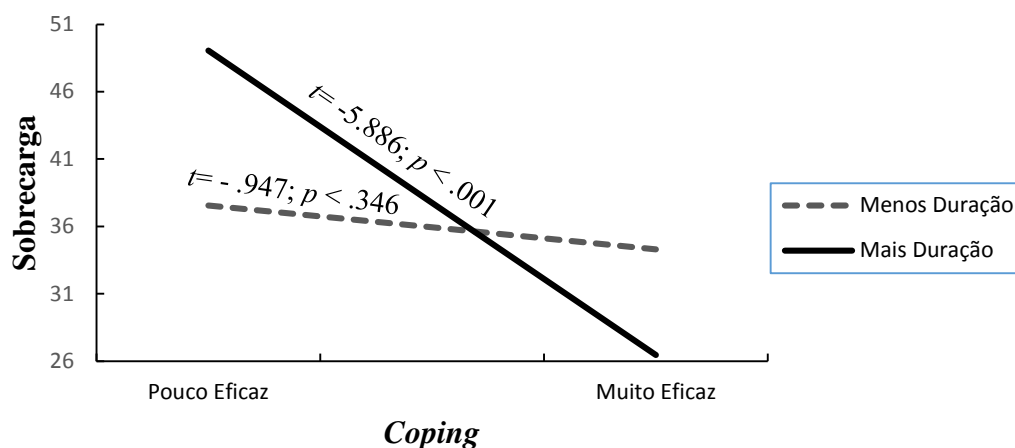


Figura 1. Relação entre as Estratégias de Coping e a Sobrecarga moderada pela Duração dos Cuidados

Tabela 5.

Análise de Moderação da Duração dos Cuidados na relação entre o Coping e a Sobrecarga (N=102)

Preditores	R ² (R ² Ajust.)	Sobrecarga				Efeito de Tamanho
		B	β	t	p	
Bloco 1	.232(.216)					.30
Duração dos Cuidados			.095	1.074	.285	
Coping			-.476	-5.396	.000*	
Bloco 2	.308(.287)					.45
Duração dos Cuidados		0.910	.071	.846	.400	
Coping		-6.463	-.507	-5.989	.000*	
Duração dos Cuidados*		-4.831	-.279	-3.286	.001*	

*p < .05

Análises Exploratórias

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de Coping, recurso ao Mindfulness e Sobrecarga em função do Sexo do Doente

Os resultados do Teste t para amostras independentes revelaram diferenças ao nível da sobrecarga ($t(75.315) = -2.097, p=.039$), sendo os cuidadores de doentes do sexo masculino os que evidenciam maiores níveis de sobrecarga. Não foram reveladas diferenças ao nível das estratégias de coping ($t(69.040) = .182, p=.856$) nem do recurso ao mindfulness ($t(71.860) = 1.669, p=.100$). O teste de Mann-Whitney U identificou diferenças ao nível da sintomatologia

física ($U= 772.500, p=.005$), sendo os cuidadores de doentes do sexo masculino os que evidenciam maiores níveis de sintomatologia física. Não se verificaram diferenças ao nível da sintomatologia traumática ($U= 1042.500, p=.306$). Assim, os cuidadores de doentes do sexo masculino apresentam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia física que os cuidadores de doentes do sexo feminino.

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de *Coping*, recurso ao *Mindfulness* e Sobrecarga em função da Decisão em Ser Cuidador

Os resultados do Teste t para amostras independentes revelaram diferenças ao nível da sobrecarga ($t(40.715) = 3.145, p=.003$) e sintomatologia traumática ($t(40.396) = 2.357, p=.023$), sendo os cuidadores que não escolheram cuidar do doente os que apresentam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia traumática. Não foram evidenciadas diferenças ao nível das estratégias de *coping* ($t(35.597) = -1.713, p=.095$), nem do recurso ao *mindfulness* ($t(40.210) = -1.338, p=.188$). O teste de Mann-Whitney U identificou diferenças ao nível da sintomatologia física ($U= 642.000, p=.015$), sendo os cuidadores que não escolheram cuidar os que apresentam maiores níveis de sintomatologia física. Assim, os cuidadores que não escolheram cuidar do doente evidenciam maiores níveis de sobrecarga, sintomatologia traumática e física comparativamente com os que escolheram assumir este papel.

Diferenças na Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física, Estratégias de *Coping*, recurso ao *Mindfulness* e Sobrecarga em função do Estádio da Doença.

Os resultados do Teste t para amostras independentes revelaram diferenças entre os cuidadores de doentes no estágio moderado *versus* severo, ao nível do uso de estratégias de *Coping* ($t(95.526) = -2.192, p=.031$). Os cuidadores de doentes em estágio avançado apresentam estratégias de *coping* mais eficazes que os cuidadores de doentes no estágio moderado. Não foram encontradas diferenças ao nível da sintomatologia traumática ($t(83.542) = -1.806, p=.075$), ao nível do recurso ao *mindfulness* ($t(96.962) = 0.332, p=.741$) nem ao nível da sobrecarga ($t(83.722) = -.488, p=.627$). O Teste de Mann-Whitney U não revelou diferenças ao nível da sintomatologia física ($U= 1239.000, p=.956$). Assim, os cuidadores de doentes em estágio avançado apresentam mais estratégias de *coping* eficazes que os cuidadores de doentes em estágio moderado.

Discussão

Este estudo analisou a relação entre as variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas de modo a perceber o seu impacto na sobrecarga do cuidador informal de doentes com DA. Os resultados identificaram uma relação positiva entre a idade do cuidador e a sua sobrecarga. Na verdade, tal como concluíram Brito (2002) e Kim, Chang, Rose e Kim, (2011), os cuidadores mais velhos tendem a experienciar mais vulnerabilidade causada pelo envelhecimento, reconhecendo mais dificuldades na prestação dos cuidados, o que resulta numa maior perceção da sobrecarga. Esta vulnerabilidade reflete-se ao nível da saúde física e psicológica do cuidador, resultando recorrentemente em perturbações psicológicas como a ansiedade e depressão, bem como numa maior disrupção da saúde física, o que traduz um maior desgaste físico e emocional associado a uma maior perceção da sobrecarga do cuidador (Dunkin & Hanley, 2006; Ferreira, 2013; Garrido & Menezes, 2004; Martins et al., 2003); Powers et al., 2002). Estas evidências vão ao encontro dos resultados deste estudo que revelam uma associação positiva entre as sintomatologias física e traumática e a sobrecarga do cuidador. A par destes resultados, também uma maior frequência de problemas de memória e comportamento do doente está associada a uma maior sobrecarga do cuidador. Inouye et al. (2009) explicam este resultado com o desequilíbrio existente entre as exigências dos cuidados, provenientes do constante aumento da frequência dos problemas, e os recursos dos cuidadores para atender a estas exigências, pois a evolução gradual e degenerativa dos problemas de memória e comportamento do doente, exige ao cuidador uma grande capacidade de adaptação que tende a ser cada vez maior, resultando numa maior sobrecarga. Por outro lado, este estudo revela uma relação negativa entre a escolaridade do cuidador e a sua sobrecarga, o que vai ao encontro dos resultados de Riedel e colaboradores (1998). Uma possível explicação encontra-se no facto de os cuidadores mais escolarizados tenderem a ser mais jovens e, por isso, apresentam menores níveis de sobrecarga, concordando com os resultados deste estudo que associam positivamente a idade e a sobrecarga. Este estudo revela que as estratégias de *Coping* estão negativamente associadas à sobrecarga do cuidador tal como defendem Lage (2007) e Mestre (2010). De facto, quanto mais eficazes as estratégias de *coping* dos cuidadores, melhor será a atitude face ao papel desempenhado, resultando numa menor perceção da sobrecarga. Porém a adoção de estratégias de *Coping* eficazes surge negativamente associada à idade do cuidador, ou seja, cuidadores mais velhos apresentam menos estratégias de *coping* eficazes. Braithwaite (2000) explica estes resultados afirmando que são os cuidadores mais jovens que apresentam maiores capacidades para lidar e se

ajustarem a situações problemáticas, sugerindo mais vulnerabilidade e dificuldades nos cuidadores informais mais velhos. Os estudos de Epstein-Lubow (2006) e Franco et al. (2009) ressaltam os benefícios do recurso ao *mindfulness*, como estratégia de *Coping*, na redução da sobrecarga no cuidador. O presente estudo vai ao encontro destas evidências, uma vez que identifica uma relação negativa entre o recurso ao *mindfulness* e a sobrecarga no cuidador informal, pois os cuidadores que recorrem mais a esta técnica adotam uma visão mais positiva em relação ao papel do cuidador, focando-se na satisfação de cuidar (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Manteau-Rao, 2012). Manteau-Rao (2012) ainda defende que o recurso ao *mindfulness* é especialmente relevante na redução dos sintomas físicos e da sintomatologia traumática, uma vez que é um meio de promoção de saúde mental e bem-estar psicológico, que fornece aos cuidadores recursos internos para se sustentarem melhor emocional e fisicamente, justificando as relações negativas entre o *mindfulness* e a sintomatologia traumática e física encontradas neste estudo. A duração dos cuidados revelou-se positivamente associada às estratégias de *coping*, o que pode justificar-se com a familiaridade do cuidador com a doença adquirida ao longo dos anos de cuidado. Estas evidências podem ser explicadas pela Teoria do Ajustamento ao Stress de Lazarus e Folkman (1984) que refere que quanto maior a exposição ao agente stressor que perturba ou ameaça a atividade habitual do cuidador, mais este procura um ajustamento nas suas condições interiores e exteriores no sentido de lidar ajustadamente com a situação.

Na amostra do presente estudo, os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino tal como referem os estudos de Burns et al. (2003), Garrido e Menezes (2004) e Taub et al. (2004). Os resultados da presente investigação vão contra a literatura na medida em que não identificam uma relação entre o género e a sobrecarga. Estes resultados podem ser justificados por aspetos culturais uma vez que, comumente estão associadas mais tarefas desgastantes de cuidar, ao sexo feminino, fazendo com que estas relatem mais sobrecarga, enquanto os homens avaliam a sua sobrecarga como uma fonte de insatisfação e obrigação. Apesar destas evidências, este estudo concordantemente à literatura, revela uma relação entre o sexo do cuidador e as horas de cuidado diário, sendo que as mulheres dispõem mais horas nesta função. Este estudo revelou que esta sobrecarga é menos percecionada quando os cuidadores tem ajuda na prestação dos cuidados, uma vez que esta ajuda pode contribuir para a diminuição do desgaste resultante da experiência de cuidar, concordando com Brito (2002), Lage (2005), Lazarus e Folkman (1984) e Simonetti e Ferreira (2008).

No que concerne às diferenças em função do grau de parentesco, este estudo evidenciou que quem cuida dos pais ou cônjuge, para além de dispender mais horas no

cuidado diário, apresenta piores estratégias de *coping* e maiores níveis de sobrecarga, sendo congruente com os resultados de Santos (2004). Estes resultados são compreensíveis uma vez que, os filhos e os cônjuges, parecem estar mais sujeitos a sobrecarga pois habitualmente vivem com o doente, estando assim obrigados a uma maior convivência diária exigindo mais horas de cuidado, o que resulta em elevados níveis de sobrecarga e por valorizarem mais as situações de dependência do doente, ou seja, as repercussões negativas ao nível da dinâmica e da qualidade de vida de ambos, enquanto os cuidadores de outros familiares valorizam a satisfação de cuidar (Mestre, 2010).

Os resultados deste estudo revelam um efeito de tamanho elevado entres os grupos de cuidadores em função dos níveis da sobrecarga. Os cuidadores informais sem sobrecarga apresentam menores níveis de sintomatologia traumática e sintomatologia física, mas melhores estratégias de *coping* e mais recurso ao *mindfulness* que os cuidadores com sobrecarga ligeira e intensa. No entanto não foram identificadas diferenças entre os grupos com sobrecarga. Estes resultados são justificados principalmente pelo Modelo do Processamento de Stress de Pearlin (1990), na medida em que a sobrecarga é associada às consequências físicas e psicológicas, resultantes da exigência dos cuidados. Brito (2002) e Lage (2005) acrescentam que a sobrecarga do cuidador faz destes um grupo de risco, que apresenta normalmente mais problemas de saúde e uma morbidade consideravelmente superior ao grupo de indivíduos que não estão sujeitos a este tipo de sobrecarga.

A idade do cuidador surge na literatura como um dos principais preditores da sobrecarga (Brito, 2002; Conde-Sala et al., 2010; Lemos et al., 2006), no entanto, neste estudo tal não foi confirmado, mostrando-se congruente com a investigação de Kim et al. (2011). Este resultado pode ser justificado pela baixa média de idades dos cuidadores desta amostra (53 anos). A par destes resultados, também a escolaridade não se revelou preditor da sobrecarga no cuidador informal, contrariando Lemos et al., (2006). Este resultado pode ser justificado pelos baixos níveis de escolaridade apresentados na nossa amostra uma vez que a média é de 8 anos. Contrariamente, a sintomatologia traumática revelou ser preditor positivo da sobrecarga no cuidador, indo ao encontro dos resultados de Conde-Sala et al. (2010), Dunkin e Hanley (2006), Ferreira (2013) e Powers et al. (2002) que identificam níveis elevados de sobrecarga, desenvolvida pelos cuidadores que tendem a apresentar sintomatologia psicológica uma vez que, as exigências continuadas das tarefas, conduzem a situações de *stress* e ao desenvolvimento de perturbações emocionais como a depressão ou a ansiedade. Da mesma forma, este estudo reconhece a sintomatologia física como preditor da sobrecarga do cuidador (Conde-Sala et al., 2010; Lawton et al., 1991) uma vez que, a

presença de sintomas físicos resultam num maior prejuízo na saúde do cuidador, limitando-o nas suas tarefas diárias, o que faz com que reconheça mais dificuldades nas atividades ligadas ao cuidado e perceba maiores níveis de sobrecarga. As estratégias de *coping* são identificadas neste estudo com um preditor da sobrecarga do cuidador. Tal como Lazarus e Folkman (1984) explicam, a escolha de estratégias de *coping* pode afetar a percepção do *stress* do cuidador na medida em que estas, quando eficazes auxiliam na diminuição do impacto das exigências dos cuidados a que estão sujeitos. Este estudo identifica também o recurso ao *mindfulness* como um preditor negativo da sobrecarga, pois sugere que os cuidadores que recorrem mais frequentemente a esta técnica, apresentam menores níveis de sobrecarga. Este resultado é reforçado pelo estudo de Franco et al. (2009) que reconhece os benefícios da implementação de um programa de intervenção em consciência plena, tendo por base a prática recorrente de *mindfulness*, na diminuição do mal-estar psicológico e da sobrecarga do cuidador. Um dos principais resultados deste estudo cria alguma controvérsia quando confrontado com a literatura existente. Lemos et al. (2006) bem como Wijeratne e Lovestone (1996) referem a frequência dos problemas de memória e comportamento do doente como o principal preditor da sobrecarga do cuidador. Contudo, neste estudo esta variável não funcionou como preditor da sobrecarga. Este resultado obriga a refletir sobre as opções metodológicas, mais concretamente sobre a escolha do instrumento que mediu esta variável, o *Revised Memory Behavior Problems Checklist*, apesar das suas propriedades psicométricas reconhecidas, incide sobre funções executivas (e.g. linguagem, memória) que na amostra deste estudo, devido aos estádios da doença dos pacientes, nem sempre foram passíveis de avaliação apresentando muito pouca variabilidade (média de 2 num máximo de *score* possível de 96).

Neste estudo, a duração dos cuidados assumiu um papel moderador na relação entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga do cuidador, isto é, a relação negativa entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga, só existe quando a duração dos cuidados é elevada. Estes resultados podem ser interpretados à luz da Teoria do Ajustamento ao *Stress* de Lazarus e Folkman (1984) que refere que quanto maior a exposição ao agente stressor que perturba ou ameaça a atividade habitual do cuidador, mais este procura um ajustamento nas suas condições interiores e exteriores no sentido de lidar ajustadamente com a situação desenvolvendo estratégias de *coping* mais eficazes.

Neste estudo, os cuidadores de doentes do sexo masculino apresentam maiores níveis de sintomatologia física e sobrecarga que os cuidadores de doentes do sexo feminino. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de os cuidadores serem recorrentemente do sexo

feminino que normalmente está associado a uma maior vulnerabilidade física, dificultando a prestação de cuidados a doentes do sexo oposto, resultando numa maior sobrecarga (Ferreira, 2013). Por sua vez, os cuidadores que não escolheram cuidar do doente evidenciam maiores níveis de sintomatologia traumática, sintomatologia física e sobrecarga comparativamente aqueles que escolheram assumir o papel de cuidador. Este resultado permite inferir que os cuidadores que escolheram assumir este papel, encaram-no como uma fonte de satisfação, ao contrário daqueles que não o escolheram, pois focam e valorizam os aspetos negativos do cuidado e percecionam o papel como uma obrigação, adotando uma visão negativa sobre as consequências que este papel tem na sua vida (Mestre, 2010). Finalmente, os cuidadores de doentes em estágio avançado revelaram utilizar estratégias de *coping* mais eficazes que os cuidadores de doentes em estágio moderado. Este resultado pode ser explicado pelas maiores exigências que o estágio avançado impõe, o que obriga o cuidador a adaptar-se às necessidades do doente mais eficazmente que os cuidadores de doentes em estágio moderado (Morais & Koller, 2004).

Limitações

Ao longo do desenvolvimento deste estudo foi possível identificar algumas limitações como: 1) a homogeneidade da amostra; 2) o facto de fornecer dados unicamente representativos do Norte do país; 3) o facto dos instrumentos utilizados serem medidas de autorrelato; 4) O instrumento RMBPC ter tido vários itens não aplicáveis aos participantes e 5) o *design* transversal do estudo.

Desta forma, em estudos futuros seria pertinente recorrer a uma investigação longitudinal, avaliando os cuidadores desde o momento do diagnóstico da DA e ao longo do processo de evolução da doença, recorrendo a metodologias qualitativas com fim a uma análise mais profunda de outras dimensões, limitadas pelo carácter quantitativo dos instrumentos utilizados. Seria, ainda, importante avaliar o papel mediador do funcionamento familiar e da resiliência do cuidador na relação entre a sobrecarga e a qualidade de vida.

Conclusões e Implicações

Este estudo verificou que os cuidadores mais velhos, do sexo feminino, menos escolarizados, filhos e cônjuges dos doentes, sem ajuda na prestação de cuidados, que dependem mais horas no cuidado diário, bem como aqueles que recorrem menos frequentemente ao *mindfulness*, apresentam maiores níveis de sintomatologia física e

traumática, adotam menos estratégias de *coping* eficazes e identificam mais problemas de memória e comportamento do doente, apresentam maiores níveis de sobrecarga. Funcionaram como preditores da sobrecarga, a sintomatologia física, a sintomatologia traumática, as estratégias de *coping*, o recurso ao *mindfulness*, bem como a idade e a escolaridade do cuidador. Concluiu-se ainda que a duração dos cuidados desempenha um papel moderador na relação negativa entre as estratégias de *coping* e a sobrecarga no cuidador.

De facto, de acordo com os resultados, seria importante desenvolver programas de intervenção, para que os cuidadores possam terem o suporte e informações necessárias ao cuidado, particularmente os mais velhos, com maior duração de cuidados, menos escolarizados e do sexo feminino, no sentido de diminuir a sua sobrecarga. Estes programas deveriam envolver, para além do cuidador principal, os cuidadores secundários e incluir componentes de prevenção da sintomatologia física e traumática, bem como a promoção da adoção de estratégias de *coping* eficazes como o *mindfulness*.

Referências

- Alzheimer's Association*. (2015). *Alzheimer's Association Report 2015: Alzheimer's disease facts and figures*. *Alzheimer's & Dementia*, 11(1), 332-384
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40(1), 706-717.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto editora
- Burns, D., Nichols, O., Adams, M., Graney, J., & Lummus, A. (2003). Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2 Year Outcomes from reach Study. *The Gerontologist*, 43(4), 547-555.
- Chou, K. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407
- Conde-Sala, L., Garre-Olmo, J., Turro-Garriga, O., Vilalta-Franch, J. & Lopez-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of

SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM *ALZHEIMER*

- patients with *Alzheimer's* disease: an exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies* 47(10), 1262–1273
- Cruz, M., & Hardman, C. (2008). O impacto da doença de *Alzheimer* no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 223-229.
- Dunkin, J., & Hanley, C. (2006). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1), 53-60
- Engelhardt, E., Dourado, M., & Lacks, J. (2005). A Doença de *Alzheimer* e o impacto nos cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia*, 14(2), 5-11.
- Epstein-Lubow, G. (2006). MBSR may be feasible and practical for at-risk caregivers. *Psychiatry Service*, 57(3).
- Farran, J. (2004). Caring for self while caring for others: the two track life of *Coping* with *Alzheimer's* disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(5), 38-46.
- Ferreira, S. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Franco, C., Sola, M., & Justo, E. (2009). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de *Alzheimer* mediante la aplicación de un programa de entrenamiento em *Mindfulness* (consciencia plena). *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, 45(5), 252-258.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M., et al. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo *Alzheimer*. *Revista de Neurología*, 31(6), 522-527.
- Garrido, R., & Menezes, P. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Publica*, 38(6), 835-841
- Gomes, S. (2011). *Avaliação de cuidadores de doentes com demência*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of *mindfulness*-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. Doi:10.1037/a0018555.

SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM *ALZHEIMER*

- Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Toyoda, C. (2009). Percepção da qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2).
- Kenny, D., Kashy, D., & Cook, W. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: The Guildford Press.
- Kenny, D. (2015). Moderator Variables. Retrieved September, 13, 2015, from David Kenny website, <http://davidakenny.net/cm/moderation.htm>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855.
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos - Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais dos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Lawal, N., & Rezende, C. (2008). O estresse em cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer. *Horizonte Científico*, 1(1).
- Lawton, P., Moss, M., Kleban, H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor modelo f caregiving appraisal na psychologic well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46(1), 181-189.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lemos, N., Gazzola, J., & Ramos, L. (2006). Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 170-179.
- Manteau-Rao, M. (2012). How to best help Alzheimer's caregivers? teach them *mindfulness*. *Huffington Post*
- Martín, I. (2002). *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM *ALZHEIMER*

- Martins, T., Ribeiro, P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-141
- Mestre, M. (2010). *Suporte Social e Coping nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Morais, A., & Koller, H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In S. H. Koller (ed.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). CAMI: a basis for assessment and support with family cares. *British Journal of Nursing*, 4(1), 822-826
- Novelli, M., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2010). Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2), 139-147.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Powers, D., Gallagher-Thompson, D., & Kraemer, H. (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences*, 57(3), 205-211.
- Riedel, E., Fredman, L. & Langerberg, P. (1998). Associations among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patients. *The Journal of Gerontology: Psychological sciences and social sciences*, 53(3), 165-174.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). The epidemiology of dementia and *Alzheimer* disease in portugal: estimations of prevalence and treatment-costs. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Santos, S. (2004). *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas, SP: Alínea.

SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM *ALZHEIMER*

- Simonetti, J., & Ferreira, J. (2008). Estratégias de *Coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(1), 19-25.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16.
- Taub, A., Andreoli, S. B. & Bertolucci, P. H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 372-376
- Williamson, G., & Schulz, R. (1993). *Coping* with specific stressors in *Alzheimer's* disease caregiving. *The Gerontologist*, 33(1), 747-755.
- Wijeratne C., & Lovestone S. (1996). A pilot study comparing psychological and physical morbidity in carers of elderly people with dementia and those with depression. *Geriatr Psychiatry*, 11(7), 41-44.