

PRESTAÇÃO INFORMAL DE CUIDADOS A IDOSOS DEPENDENTES: GESTÃO EMOCIONAL DOS CUIDADORES

Sílvia Torres, Universidade de Aveiro, silviatorres92@gmail.com

Nilza Costa, Universidade de Aveiro, nilzacosta@ua.pt

Wilson Abreu, Escola Superior de Enfermagem do Porto, wjabreu@esenf.pt

RESUMO: O envelhecimento da população portuguesa apresenta-se como um verdadeiro desafio social, económico e político. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, até 2050 haverá um crescimento da população idosa portuguesa em cerca de 28%. A população acima dos 65 anos representava em 2001 16,5% e em 2009 já representava 17,9% ultrapassando a média da UE25 (16,5%). A perda de autonomia caracteriza este grupo populacional, verificando-se um aumento da dependência no autocuidado e, por esta razão, o idoso começa a ser assistido por outros indivíduos. Para que essa assistência aos indivíduos possuidores de alguma dependência física ou mental ocorra é imprescindível que se encontrem pessoas que ajudem nos cuidados - assim surge o cuidador informal. Esta personagem, que sempre existiu, visa assegurar uma boa qualidade de vida mesmo que o nível de dependência aumente. Os profissionais de saúde devem dedicar atenção às necessidades físicas e emocionais destes cuidadores, pois o quotidiano destes é violentamente distorcido, interferindo na sua vida social, laboral, pessoal e psicológica. Este trabalho tem como objetivo compreender de que forma o perfil das necessidades, o grau de satisfação / insatisfação decorrentes da prestação de cuidados influenciam eventuais alterações a nível das emoções básicas no cuidador informal. Assim aplicou-se a escala *COPE-CUIDE* *para caracterizar os cuidadores de idosos e o *Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)* de forma a analisar a frequência das emoções básicas despoletadas da experiência *do cuidar*. Foram selecionados 88 cuidadores informais de idosos da *USF "Ao encontro da saúde", localizada em São Romão Coronado – Trofa, Porto*. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 18.0. Os resultados do *COPE-CUIDE* permitem concluir que os cuidadores informais são maioritariamente do sexo feminino, casados, têm 44 anos ou mais, possuem o ensino primário, prestam cuidados a mais de 120 horas por semana, consideram a saúde razoável e fraca, sentem satisfação pessoal ao cuidar, sentem-se valorizados enquanto prestadores de cuidados, consideram que a prestação de cuidados tem efeito negativo no bem-estar emocional e sentem-se suficientemente apoiados no papel de cuidadores. Os resultados obtidos no *QAE* revelam que as emoções primárias referidas com mais frequência foram a alegria e o interesse como emoções positivas e a tristeza e a angústia como negativas.

*"Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do Projeto com referência PTDC/CPE-PEC/103858/2008".

Introdução

O envelhecimento da população constitui uma realidade cada vez mais evidente. O aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento do número de idosos, evidenciam novos desafios para o sector da saúde e da segurança social.

A demografia na União Europeia está a alterar-se claramente, em particular a nível da população idosa ou muito idosa. Observa-se um aumento progressivo que permanecerá num futuro próximo, enquanto o número de crianças, jovens, adultos jovens e adultos tem vindo a diminuir e assim continuará, em paralelo com a taxa de fecundidade que está a baixar acentuadamente (WHO, 2008). Desta alteração demográfica decorrem problemáticas que implicam uma reorganização das políticas de saúde, dos apoios sociais e das redes de apoio, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades dos idosos.

Quando se aborda o conceito de envelhecimento podemos fazê-lo segundo duas perspetivas. Primeira, que se refere ao processo individual associado a um aumento da esperança média de vida; uma segunda, que remete para o envelhecimento demográfico, ao qual corresponde um aumento generalizado da população idosa no conjunto da população total, bem como a correspondente diminuição da população jovem no mesmo universo (INE, 2010).

Os Censos de 2011 demonstram um número crescente de idosos em Portugal, sendo o número de residentes de 2,023 milhões de pessoas, representando uma percentagem de 19% no total da população. Cerca de um terço dos idosos encontra-se na região Norte, seguida do Centro. O índice de envelhecimento, ou seja o rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até aos 14 anos atingiu em 2010 o valor mais elevado de 120,1%, enquanto em 2000 era cerca de 102,2% e em 1990 de 68,1% (INE, 2012) .

O envelhecimento é caracterizado por alterações físicas e mentais. Observa-se uma diminuição do número de indivíduos com autonomia e conseqüente aumento da dependência, constituindo um desafio na assistência a estes idosos, principalmente a nível das respostas nos cuidados básicos. O número de idosos com 65 ou mais anos por 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos) refletia no ano 2000 o índice de envelhecimento de 32,3% e prevê-se que em 2050 seja de 57,8% . Neste sentido, verifica-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade e qualidade os mais adequados. Entende-se por sistemas de assistência *“um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas”* (Abreu, 2003; 94).

O estudo sobre a prestação de cuidados deve incidir em aspetos que conduzem ao encontro entre as necessidades dos idosos dependentes e os cuidadores informais que

auxiliam nas atividades de vida diária. Esta pesquisa dirige-se fundamentalmente ao sistema de assistência informal, que segundo Kleinman (1988) remete para um conjunto de práticas culturais, recorrendo ao auxílio de leigos em caso de doença, que podem ser amigos, familiares ou vizinhos, que prestam cuidados a pessoas com um grau de autonomia reduzido – déficit no autocuidado.

Estes leigos auxiliam na preservação de uma vida com o mínimo de dignidade, para que os idosos dependentes vejam satisfeitas as suas necessidades básicas, já que têm déficits no autocuidado e na gestão terapêutica. A estas pessoas a quem se dá o nome de cuidador cabe um papel multifacetado. Os cuidadores desenvolvem várias atividades. Na maioria dos casos cabe a uma só pessoa a responsabilidade dos cuidados - cuidador primário, que *“é quem realiza mais de metade do cuidado informal pela pessoa dependente, este é uma entidade única”* (Paúl & Fonseca, 2005: 184). Este é o principal responsável pela promoção do conforto ao doente, solicitação de cuidados médicos competentes, comunicação de apoio e informação honesta à pessoa dependente (Tringali, 1986 in Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson & Kennedy, 2004), e tem a responsabilidade principal de supervisionar, orientar e acompanhar o idoso dependente (Sequeira, 2007).

Historicamente a mulher sempre foi responsável pelo cuidado. No entanto, muitas transformações sociais ocorreram. Embora a mulher assuma na maioria das vezes os cuidados, também se responsabiliza muitas vezes pelo trabalho fora de casa, o que acaba por se repercutir em danos na sua própria vida e nos laços sociais (Jamuna, 1997 & Neno, 2004 in Paúl & Fonseca, 2005). Entre os familiares são as esposas e as filhas que assumem mais protagonismo no cuidar (Haug, Ford, Stange, Noelker & Gaines, 1999). Quando o cuidado é prestado por alguém do sexo masculino, este cuidador presta normalmente cuidados à esposa ou existe algum grau de parentesco entre ele e a pessoa dependente (Wackerbarth & Johnson, 2002).

A prestação de cuidados introduz o indivíduo num contexto complexo em constante mudança, na qual cada uma destas provoca desequilíbrio na interação com o meio ambiente, nos processos de saúde e de doença e é determinante na capacidade de resolução dos problemas, incluindo os sistemas sociais, a família, a cultura e o contexto social (Abreu, 2008). Esta instabilidade não favorece o seu autocuidado e o seu bem-estar. As consequências do ato de cuidar conduzem a alterações na vida e no bem-estar dos cuidadores informais e

familiares dos idosos dependentes, provocando perturbação na gestão de emoções tanto para o cuidador, como para o indivíduo doente. Daí a necessidade de todos os que circundam o cuidador informal, como os profissionais de saúde, familiares e amigos, se preocupem com a saúde do cuidador, de forma a prevenir o impacto emocional negativo e a sobrecarga que podem afetar as suas vidas (Cerqueira & Oliveira, 2002), pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem com a sua permanência na comunidade (Martins, Ribeiro & Garret, 2003).

É neste contexto que surge o interesse em estudar as emoções expressas por parte do cuidador. Os indivíduos buscam inconscientemente um equilíbrio pessoal, que nem sempre é conseguido. A articulação entre a tarefa de cuidador informal com outras tarefas diárias, desperta nestas pessoas emoções que devem ser analisadas.

Caroll Izard (2006 in Izard, 2009) conta que muitos investigadores não encontrando uma definição consensual para o termo “*emoção*” concordam mesmo assim que as emoções têm um conjunto limitado de componentes e características. As influências das emoções decorrentes da prestação de cuidados são abordadas por alguns investigadores que as consideram como o principal sistema motivacional do ser humano, são geradas como uma motivação para a cognição e para o comportamento, sendo encaradas como o motor do desenvolvimento humano facultando o funcionamento e a organização dos vários sistemas do organismo (Izard, 1991). Os contributos de Izard e Malatesta (1987), Malatesta-Magai e Izard (1991) e as referências teóricas da Teoria das Emoções Diferenciais (Izard, 1971, 1977, 1991) têm sido essenciais para o conhecimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem.

A Teoria das Emoções Diferenciais constitui-se como uma forte teoria da biologia das emoções. Izard (1991) defende que existem 11 emoções fundamentais: Interesse, Alegria, Surpresa, Cólera, Nojo, Desprezo, Medo, Angústia, Vergonha, Culpa e Tristeza. Estas emoções dividem-se em emoções negativas e positivas.

O estudo dos cuidadores informais primários de idosos dependentes, orientando uma especial atenção para as necessidades emocionais, proporcionam um conhecimento mais aprofundado aos profissionais de saúde que diariamente são solicitados por estes prestadores de cuidados. Assim, para a compressão aprofundada deste estudo foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar o perfil das necessidades dos cuidadores informais;
- ✓ Avaliar o grau de satisfação / insatisfação decorrente da prestação de cuidados;
- ✓ Analisar o aparecimento de emoções básicas negativas e positivas decorrentes da prestação de cuidados;

Metodologia

Na investigação em curso utilizou-se um desenho de investigação não experimental, do tipo descritivo transversal, recorrendo a métodos quantitativos. O estudo teve como eixos a questão da dependência da pessoa idosa e o impacto emocional no cuidador informal.

O estudo foi desenvolvido na “Unidade de Saúde Familiar - Ao Encontro da Saúde”, a qual tem como área de cobertura as freguesias de S. Romão do Coronado, S. Mamede do Coronado, Covelas (pertencentes ao Concelho da Trofa) e Folgosa (pertencente ao concelho da Maia) (distrito do Porto). Após uma verificação do número de idosos com 65 ou mais anos e recorrendo ao programa informático disponível na Unidade de Saúde, o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), identificou-se uma população 1654 cuidadores informais de idosos com idade superior ou igual a 65 anos. Destes foram selecionados idosos segundo os critérios referentes na tabela nº 1 e identificados 127 prestadores de cuidados de idosos dependentes no domicílio. Deste grupo, foram aplicados os instrumentos de colheita de dados a 88 cuidadores.

Os critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares, amigos, membros de entidades paroquiais ou de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a responder às necessidades principais dos idosos dependentes; ✓ Cuidador principal de um idoso dependente, ou seja, aquele que assume a responsabilidade da prestação de cuidados; ✓ Cuidador de um idoso não institucionalizado; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ > 6 meses; ✓ > ou = a 18 anos; ✓ Cuidador de apenas um idoso dependente; ✓ Idoso com 65 ou mais anos; ✓ Idoso dependente, ou seja, que de alguma forma possua uma dependência no autocuidado; ✓ Idoso dependente inscrito na USF- Ao Encontro da Saúde e acompanhado pela equipe de enfermagem desta unidade, no domicílio.

Tabela nº1: Critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra

A complexidade do tema escolhido exigiu a delimitação do campo de estudo, a fim deste se tornar viável e exequível. Formulamos a seguinte questão de investigação:

Quais as emoções básicas experienciadas pelos Cuidadores Informais (CI) decorrentes das práticas diárias de ajuda aos idosos dependentes?

Instrumentos Utilizados

✓ *COPE-CUIDE*

Um dos instrumentos de recolha de dados utilizados foi o COPE INDEX (McKee et al., 2003) utilizado num estudo europeu que envolveu vários países - o “Cares for people in Europe” e que teve como objetivo uma breve avaliação das necessidades dos cuidadores informais, assim como a identificação dos aspetos negativos e positivos decorrentes da prestação de cuidados (McKee et al., 2003; Balducci, et al, 2008). Foi posteriormente traduzido linguisticamente para Português por Figueiredo e Sousa (2002) e ficou conhecido como CUIDE. Este tem como propósito proporcionar a compreensão da perceção do papel de cuidador informal de pessoas idosas ajudando desta forma a rede de apoio formal a estabelecer intervenções de forma a desacelerar o potencial efeito negativo da prestação de cuidados, assim como exacerbar os seus efeitos positivos, criando políticas e objeções de cooperação mais eficazes (Figueiredo & Sousa, 2002; Balducci, et al, 2008).

O questionário inclui três partes: uma primeira parte constituída pelos dados de informação e identificação do entrevistador e do entrevistado (cuidador informal), a segunda compreende um conjunto de questões que visa obter informações sobre o cuidador e o recetor de cuidados e a terceira é constituída por um conjunto de dimensões medidas com uma escala de Likert, permitindo avaliar o grau de satisfação/ insatisfação do cuidador.

✓ *QAE (Questionário de Avaliação das Emoções)*

Com o objetivo de analisar a frequência das emoções básicas emergentes da experiência dos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados utilizou-se o *Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)* validado em Portugal por Sandra Torres e Marina Prista

Guerra (2003). O instrumento foi desenvolvido tendo por base a Teoria Diferencial das Emoções reformulada por Izard (1991). O questionário é constituído por duas partes. Neste estudo apenas nos centramos nos dados referentes à Parte I, que compreende a caracterização das 10 emoções básicas - interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, tristeza e culpa. Este instrumento é composto por uma mini-escala na qual os participantes do estudo devem indicar a frequência das emoções, numa escala tipo Likert (5 pontos; de “nunca” a “sempre”) (Torres, S. & Gerra, M., 2003; Torres, et al, 2011).

Resultados

O estudo revelou que os cuidadores informais são na sua maioria do sexo feminino (87,5%), casados, familiares dos idosos – filhas ou conjugues, possuem 50 ou mais anos, com baixo grau de escolaridade (64,8% dos inquiridos apenas tem o ensino básico), dedicam a sua vida ao cuidado do idoso, referindo que na maioria das vezes (78,4%) sofrem limitações na sua vida profissional/ocupacional. Quando inquiridos sobre a saúde em geral, 41 indivíduos disseram que era razoável (46,6%) e 32 afirmaram que é boa (36,4%).

	Sempre		Muitas Vezes		Por Vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sente que consegue enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados?	12	13,6	41	46,6	35	39,8	0	0
Sente-se “prisioneiro” da sua tarefa de prestação de cuidados?	5	5,7	44	50,0	30	34,1	9	10,2
Sente que a prestação de cuidados é uma tarefa que lhe traz satisfação pessoal?	24	27,3	33	37,5	28	31,8	3	3,4
Sente que é valorizado enquanto pessoa que presta cuidados?	15	17,0	34	38,6	36	40,9	3	3,4
A tarefa de prestação de cuidados tem um efeito negativo no seu bem-estar emocional?	9	10,2	41	46,6	36	40,9	2	2,3

Tabela nº 2: Grau de satisfação/ insatisfação resultante da prestação de cuidados

Os cuidadores informais de idosos dependentes quando questionados sobre o grau de satisfação/ insatisfação resultante da prestação de cuidados, referiram que muitas vezes (46,6%) conseguem enfrentar positivamente o cuidado. No entanto, uma grande percentagem mencionou que só por vezes é que suporta positivamente a prestação de cuidados (39,8%). Apesar de conseguirem enfrentar o cuidado de forma positiva, maioritariamente responderam que muitas vezes sentem-se “prisioneiros” desta tarefa (50,0%). Referem sentir satisfação pessoal, manifestando sentir valorização enquanto cuidador informal destes idosos dependentes. Um número significativo referiu que somente por vezes se sentem valorizados e que muitas vezes a prestação de cuidados possui um efeito negativo no bem-estar emocional (46,6%) (ver tabela nº2).

	Sempre		Quase Sempre		Algumas Vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse	12	13,6	37	42,0	27	30,7	11	12,5	1	1,1
Alegria	5	5,7	28	31,8	34	38,6	20	22,7	1	1,1
Surpresa	0	0	17	19,3	44	50,0	25	28,4	2	2,3
Cólera	0	0	2	2,3	12	13,6	50	56,8	24	27,3
Nojo	0	0	2	2,3	8	9,1	47	53,4	31	35,2
Desprezo	0	0	2	2,3	9	10,2	43	48,9	34	38,6
Medo	0	0	13	14,8	34	38,6	31	35,2	10	11,4
Angústia	2	2,3	34	38,6	33	37,5	18	20,5	1	1,1
Vergonha	0	0	1	1,1	20	22,7	36	40,9	31	35,2
Tristeza	4	4,5	26	29,5	33	37,5	20	22,7	5	5,7

Tabela nº3: Frequência e percentagens das emoções básicas referidas pelos cuidadores informais

A prestação de cuidados desperta no cuidador informal várias emoções positivas e negativas. Quando inquiridos sobre a frequência com que as emoções são ativadas durante o cuidado as respostas foram dispersas. Os prestadores de cuidados referiram na sua maioria que quase sempre realizam as atividades da prestação de cuidados com interesse (42,0%). Observando os resultados da emoção denominada de alegria pode-se constatar uma dispersão de respostas, pois 38,6% dos cuidadores referiu que algumas vezes sente alegria na prestação de cuidados; 31,8% indicou que quase sempre sente alegria. No entanto, 22,7% disse que raramente experimenta esta emoção. A surpresa foi identificada pela maioria dos cuidadores

(31,8% experimenta quase sempre e 38,6% referiu algumas vezes). Em relação às emoções negativas a cólera, o nojo, o desprezo e a vergonha foram raramente vivenciados por estes prestadores de cuidados informais (56,8%, 53,4%, 48,9% e 40,9% respetivamente). Relativamente ao medo 38,6% sentiram medo algumas vezes na prestação de cuidados e 35,1% raramente experimentam essa emoção. A angústia foi quase sempre identificada por 34 indivíduos (38,6%) e 37,5% identificou-a algumas vezes. Os resultados da tristeza são dispersos, pois 26 pessoas referem que quase sempre a experimentam, 33 apenas algumas vezes e 20 raramente o sentem (ver tabela nº3).

Conclusão

As alterações demográficas das últimas décadas proporcionaram um conjunto de alterações diversificadas na vida dos indivíduos, essencialmente daqueles que assumiram o papel de cuidador informal de idosos dependentes. A estas pessoas foram cometidos papéis difíceis de assumir, despertando um leque de emoções profundos e muitas vezes contraditórios.

A análise dos resultados permite identificar contradições nas respostas dos cuidadores, dado que referem conseguir lidar com o cuidado positivamente e que se sentem valorizados quando assumem esse papel, mas no entanto narram frequentemente que esta atividade restringe as suas vidas, sentindo-se “prisioneiros”. Vivenciam um leque de emoções positivas e negativas resultantes da experiência do cuidar: o interesse e a surpresa foram ressaltados pela maioria dos cuidadores. Já a alegria desperta uma discrepância nos resultados dividindo-os entre a frequência de “quase sempre”, “algumas vezes” e “raramente”. Em relação às emoções negativas a cólera, o nojo, o desprezo e a vergonha foram reconhecidas por estes cuidadores apenas raramente ou nunca. A tristeza e a angústia estão presentes na maioria dos cuidadores.

Perante a análise destes resultados é necessário criar uma rede de apoio ao cuidador informal de forma a minimizar o impacto das emoções negativas e valorizar o despertar das emoções positivas com o objetivo de adquirirem competências para melhor gestão das suas emoções. Torna-se necessário que as equipas de saúde também coloquem o prestador de cuidados no centro das suas preocupações.

Referências

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Editora Formasau.
- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Editora Formasau.
- Balducci, C., Mnich, E., Mckee, K., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, Z., Nolan, M., Prouskas, C., Bien, B. & Oberg, B. (2008). *Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers*. *The Gerontologist*, 48 (3), 276-286.
- Cerqueira, A. & Oliveira, N. (2002). *Programa de Apoio a Cuidadores: Uma Acção Terapêutica e Preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos*. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150.
- Colliere, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A. (2002). *Cuidar de Idosos*. Lisboa: FORMASAU - Formação e Saúde.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2002). *CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) Um Instrumento de Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados a Idosos*. *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*(31), 153-150.
- INE. (2010). *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2012). *Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos*. Destaque.
- Izard, C. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. & Malatesta, C. Z. (1987). *Perspective on emotional development : Differential Emotions Theory of Early Emotional Development*. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*. New York: Wiley.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260-280.
- Izard, C. (2009). *Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues*. *Annu. Rev. Psychol.*, 60 (1), 25.
- Gaston-Johansson, F., Lachica, E., Fall-Dickson, J. & Kennedy, J. (2004). *Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients with Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation*. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1161-1169.
- Haug, M., Ford, A., Stange, K., Noelker, L. & Gaines, A. (1999). *Effect of Giving Care on Caregivers` Health*. *Research on Aging*, 21(4), 515 - 538.
- Kleinman, A.(1988). *The illness narratives suffering and healing and the human condition*. Nova Iorque: Basic Books.
- Malatesta-Magai, C. (1991). *Emotional Socialization: Its role in Personality and Development psychopathology* (In D. Cicchetti & S.L.Toth ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Martins, T., Ribeiro J. & Garret, C. . (2003). *Estudo de Validação dos Questionários de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais*. *Psicologia, Saúde e Doença*, 4(1), 131-148.
- Mckee, K., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Oberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C., Nolan, M. & Szczerbinska, K. (2003). *The COPE index- A First Stage*

- Assessment of Negative Impact, Positive Value and Quality of Support of Caregiving in Informal Carers of Older People.* Aging & Mental Health, 7(1), 39-52.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Torres, S. & Gerra, M. (2003). *A Construção de um Instrumento de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa.* Psicologia, Saúde & Doenças, 4(1), 97-110.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C. & Vieira, F. (2011). *Cognitive Processing of Emotions in Anorexia Nervosa.* Eur. Eat. Disorders Rev., 19, 100-111.
- Wackerbarth, S. & Johnson, M. (2002). *Essential information and Support needs of Family Caregivers.* Patient Education and Counseling, 47, 95-100.
- WHO. (2008). *Home Care in Europe. The Solids Facts*, 35.