



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

ATITUDES ACERCA DA MORTE, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E BEM-
ESTAR MENTAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CUIDADORES
FORMAIS E CUIDADORES INFORMAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CAROLINA FERNANDES DE BARROS MENDES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA SOFIA VON HUMBOLDT

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA SOFIA VON HUMBOLDT

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Sofia Von Humboldt, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação representa o culminar de um percurso repleto de desafios, aprendizagens, como um crescimento pessoal e académico. Não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas a quem gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, pelo seu amor incondicional, pelo apoio constante e por acreditar em mim em todos os momentos, mesmo quando eu duvidava. Por todos os dias em que chorei de tão cansada que estava e pelo conforto das suas palavras e do seu colo. Palavras não chegam para expressar o quão importante és.

Ao Lourenço, pelo amor, compreensão e apoio incondicional, que me deram força para nunca desistir deste sonho. Contigo, tudo se torna mais fácil.

Aos meus amigos, pela paciência que tiveram comigo, por estarem sempre presentes e por acreditarem que eu, mais que ninguém, iria conseguir. Com o vosso apoio tudo fica mais fácil, obrigada por me ajudarem a distrair da “loucura” que tem sido a minha vida ao longo destes últimos cinco anos.

À minha orientadora, a Prof.^a Dr.^a Sofia Von Humboldt, expresso o meu sincero agradecimento pela orientação atenta, pela disponibilidade e por todos os conselhos valiosos ao longo deste processo. A sua orientação foi essencial para a concretização deste trabalho.

Agradeço também a todos os professores que marcaram o meu percurso académico – à Prof.^a Dr.^a Tânia Gaspar, à Prof.^a Dr.^a Elisa Kern de Castro, à Prof.^a Dr.^a Mayra Delalibera, à Prof.^a Dr.^a Rita Antunes, à Prof.^a Dr.^a Manuela Faia, à Prof.^a Dr.^a Túlia Cabrita, ao Prof. Dr. Carlos Barracho, ao Prof. Dr. António Rebelo e ao Prof. Dr. Luís Figueiredo. Com todos vós, tornei-me uma pessoa melhor, pelo que lhes estou profundamente grata.

A Todos, o meu sincero obrigado.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar e comparar as atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e o bem-estar mental entre cuidadores formais e informais, considerando o impacto de variáveis sociodemográficas e contextuais. Como objetivos específicos procurou-se: (1) verificar diferenças significativas entre os grupos relativamente às três dimensões em estudo; (2) analisar associações entre atitudes acerca da morte, *coping* e bem-estar mental; (3) avaliar a influência das atitudes e do coping no bem-estar; (4) explorar o papel da idade, estado de saúde percebido, motivos para assumir o papel de cuidador e o grau de envolvimento; (5) analisar diferenças em função do grau de escolaridade, profissão, estado civil e nacionalidade; e (6) avaliar a associação entre o número de elementos do agregado familiar e o bem-estar mental. Participaram 217 cuidadores, dos quais 121 formais (55,8%) e 96 informais (44,2%). Os cuidadores informais recorreram frequentemente a estratégias de *coping* adaptativas, como a aceitação ($M = 5.87$; $DP = 1.41$) e o *coping* ativo ($M = 5.72$; $DP = 1.33$), enquanto os cuidadores formais apresentaram níveis superiores de bem-estar mental ($M = 50.23$; $DP = 8.45$). Nas atitudes face à morte, registaram-se diferenças significativas nas dimensões medo ($t = 2.45$; $p = .015$), mais elevada nos informais ($M = 27.14$; $DP = 6.21$), e aceitação como escape ($t = 2.13$; $p = .034$), também superior neste grupo ($M = 20.45$; $DP = 5.74$). A regressão linear indicou que as estratégias de *coping* tiveram uma forte influência no bem-estar mental ($\beta = .47$; $p < .001$), em comparação com as atitudes face à morte ($\beta = .19$; $p = .042$). Em síntese, os cuidadores informais recorreram a estratégias adaptativas e os formais demonstram maior estabilidade no bem-estar mental. Estes resultados sustentam a necessidade de programas diferenciados de apoio psicológico, com foco na promoção de *coping* adaptativo e educação para a morte, ajustados às especificidades de cada grupo.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidadores Formais e Informais, Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping*, Bem-estar Mental

Abstract

This study aimed to analyze and compare attitudes towards death, *coping* strategies, and mental well-being among formal and informal caregivers, considering the impact of sociodemographic and contextual variables. The specific objectives were: (1) to verify significant differences between groups regarding the three dimensions under study; (2) to examine associations between attitudes towards death, coping, and mental well-being; (3) to assess the influence of attitudes and coping on well-being; (4) to explore the role of age, perceived health status, motives for assuming the caregiving role, and level of involvement; (5) to analyse differences according to educational levels, profession, marital status, and nationality; and (6) to evaluate the association between household size and mental well-being. A total of 217 caregivers participated, of whom 121 were formal (55.8%) and 96 informal caregivers (44.2%). Informal caregivers frequently relied on adaptive coping strategies such as acceptance ($M = 5.87$; $DP = 1.41$) and active coping ($M = 5.72$; $DP = 1.33$), while formal caregivers presented higher levels of mental well-being ($M = 50.23$; $DP = 8.45$). Regarding attitudes towards death, significant differences were observed in the dimensions fear ($t = 2.45$; $p = .015$), higher among informal caregivers ($M = 27.14$; $DP = 6.21$), and acceptance as escape ($t = 2.13$; $p = .034$), also greater in this group ($M = 20.45$; $DP = 5.74$). Linear regression indicated that coping strategies had a strong influence on mental well-being ($\beta = .47$; $p < .001$), comparative to attitudes towards death ($\beta = .19$; $p = .042$). In summary, informal caregivers used adaptive strategies, whereas formal caregivers demonstrated greater stability in well-being. These findings highlight the need for differentiated psychological support programmes, focused on promoting adaptive coping and death education, tailored to the specific needs of each group.

Key Words: Aging, Formal and Informal Caregivers, Attitudes towards Death, *Coping* Strategies, Mental Well-being

ÍNDICE

I.	CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	1
II.	CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA.....	2
	2.1. Envelhecimento e Dependência.....	2
	2.2. Cuidadores Formais e Informais: Caracterização e Desafios.....	3
	2.3. Atitudes acerca da Morte.....	5
	2.3.1. A Importância da Formação sobre a Morte.....	6
	2.4. Estratégias de <i>Coping</i>	7
	2.5. Bem-Estar Mental	8
	2.6. Pertinência e Objetivos do Estudo.....	9
III.	CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	11
	3.1. Desenho de investigação.....	11
	3.2. Participantes	11
	3.3. Instrumentos	14
	3.3.1. Questionário Sociodemográfico	14
	3.3.2. Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM).....	15
	3.3.3. Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (<i>Brief COPE</i>).....	16
	3.3.4. Escala de Bem-Estar Mental de <i>Warwick-Edinburgh (WEMWBS)</i>	17
	3.4. Procedimentos.....	18
	3.5. Análise de Dados.....	18
IV.	CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....	20
	4.1. Verificar se existem diferenças significativas entre os Cuidadores Formais e Informais, no que diz respeito às Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e Bem-Estar Mental.....	21
	4.1.1. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente às Atitudes acerca da Morte.....	21
	4.1.2. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente às Estratégias de <i>Coping</i>	22
	4.1.3. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente ao Bem-Estar Mental.....	23

4.2. Analisar a relação entre as variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e Bem-Estar Mental – dos Cuidadores Formais e Informais.....	23
4.2.1. Analisar a relação entre Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas, entre Cuidadores Formais e Informais.....	24
4.2.2. Analisar a relação entre Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas, entre Cuidadores Formais e Informais.....	25
4.2.3. Analisar a relação entre Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas e o Bem-Estar Mental, entre Cuidadores Formais e Informais	25
4.2.4. Analisar a relação entre Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas e o Bem-estar Mental, entre Cuidadores Formais e Informais	27
4.2.5. Analisar a relação entre as Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, entre Cuidadores Formais e Informais	27
4.2.6. Analisar a relação entre as Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, entre Cuidadores Formais e Informais	28
4.3. Analisar a influência das Atitudes acerca da Morte e das Estratégias de <i>Coping</i> no Bem-Estar Mental dos Cuidadores Formais e Informais.....	29
4.4. Analisar como as Variáveis Sociodemográficas e Contextuais influenciam as Atitudes acerca da Morte, as Estratégias de <i>Coping</i> e o Bem-estar Mental de forma a enriquecer a compreensão do contexto dos Cuidadores (Formais vs. Informais).....	29
4.4.1. Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam as Atitudes acerca da Morte, dos Cuidadores Formais e Informais.....	30
4.4.2. Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente	

	influenciam o uso das Estratégias de <i>Coping</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	30
4.4.3.	Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam o Bem-estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	31
4.5.	Verificar se existem diferenças nas variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e Bem-Estar Mental – tendo em conta o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos Cuidadores Formais e Informais.....	31
4.5.1.	Analisar se existem diferenças nas Atitudes acerca da Morte consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos Cuidadores Formais e Informais	32
4.5.2.	Analisar se existem diferenças nas Estratégias de <i>Coping</i> , consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos Cuidadores Formais e Informais	33
4.5.3.	Analisar se o Estado civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão está associado a diferenças no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais	33
4.6.	Analisar a associação entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais	34
V.	CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	35
5.1.	Objetivo 1: Verificar se existem diferenças significativas entre o grupo de Cuidadores Formais e Informais, relativamente às Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e o Bem-Estar Mental	35
5.1.1.	Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais nas Atitudes acerca da Morte.....	35
5.1.2.	Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais nas Estratégias de <i>Coping</i>	36

5.1.3. Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais no Bem-Estar Mental.....	36
5.2. Objetivo 2: Analisar a associação entre as Variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	37
5.2.1. Relação entre as Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e as Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais.....	37
5.2.2. Relação entre as Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e as Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais	39
5.2.3. Relação entre as Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais	39
5.2.4. Relação entre as Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais	40
5.2.5. Relação entre as Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	41
5.2.6. Relação entre as Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais	41
5.3. Objetivo 3: Analisar a influência das Atitudes acerca da Morte e das Estratégias de <i>Coping</i> no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	42
5.4. Objetivo 4: Analisar se a Idade, o Estado de Saúde Percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente influenciam: as Atitudes acerca da Morte, Estratégias de <i>Coping</i> e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	43
5.4.1. Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente nas Atitudes acerca da Morte, dos Cuidadores Formais e Informais.....	43

5.4.2.	Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente nas Estratégias de <i>Coping</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	44
5.4.3.	Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	44
5.5.	Objetivo 5: Avaliar se existem diferenças nas Atitudes acerca da Morte , Estratégias de <i>Coping</i> e o Bem-Estar Mental consoante o Grau de Escolaridade, a Profissão, o Estado Civil e a Nacionalidade, dos Cuidadores Formais e Informais.....	45
5.5.1.	Diferenças nas Atitudes acerca da Morte consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais.....	45
5.5.2.	Diferenças nas Estratégias de <i>Coping</i> consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais.....	46
5.5.3.	Diferenças no Bem-Estar Mental consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais	46
5.6.	Objetivo 6: Avaliar a Associação entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais.....	47
5.7.	Limitações do Estudo e Sugestões para Estudos Futuros.....	47
5.8.	Implicações Teóricas e Práticas do estudo.....	48
5.9.	Conclusão.....	49
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
VII.	ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Formais e Informais.....	11
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica dos Pacientes dos Cuidadores Informais.....	13
Tabela 3. Resultados dos Testes de Normalidade (<i>Kolmogorov-Smirnov</i>) para as variáveis EAPAM, <i>Brief COPE</i> e <i>WEMWBS</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	20
Tabela 4. Teste de Homogeneidade das Variâncias (<i>Levene</i>) para as variáveis EAPAM, <i>Brief COPE</i> e <i>WEMWBS</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	20
Tabela 5. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> para Amostras Independentes das Dimensões da EAPAM.....	22
Tabela 6. Resultados do Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para as Estratégias de <i>Coping</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	66
Tabela 7. Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a <i>WEMWBS</i>	23
Tabela 8. Valores dos Postos Médios da <i>WEMWBS</i>	23
Tabela 9. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões Positivas da EAPAM e as Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas do <i>Brief COPE</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	68
Tabela 10. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões Negativas da EAPAM e as Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas do <i>Brief COPE</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	25
Tabela 11. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas do <i>Brief COPE</i> e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	26
Tabela 12. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> Desadaptativas do <i>Brief COPE</i> e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	27
Tabela 13. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões Positivas da EAPAM e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	28
Tabela 14. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões Negativas da EAPAM e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	28
Tabela 15. Regressão Linear Múltipla – Influência das Atitudes acerca da Morte (EAPAM) e das Estratégias de <i>Coping</i> (<i>Brief COPE</i>) no Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	29
Tabela 16. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam as Atitudes acerca da Morte (EAPAM), dos Cuidadores Formais e Informais.....	69
Tabela 17. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam as Estratégias de	

<i>Coping (Brief COPE)</i> , dos Cuidadores Formais e Informais.....	70
Tabela 18. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	71
Tabela 19. Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> para as Atitudes acerca da Morte (EAPAM) em função de variáveis sociodemográficas, por tipo de Cuidador.....	32
Tabela 20. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para o Grau de Escolaridade – Cuidadores Formais.....	72
Tabela 21. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para a Profissão – Cuidadores Formais.....	73
Tabela 22. Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> para as Estratégias de <i>Coping</i> do <i>Brief COPE</i> em função de Variáveis Sociodemográficas, por tipo de Cuidador.....	33
Tabela 23. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para o Estado Civil – Cuidadores Formais.....	74
Tabela 24. Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> para o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>) em função de Variáveis Sociodemográficas, por tipo de Cuidador.....	34
Tabela 25. Correlação de <i>Spearman</i> entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos Cuidadores Formais e Informais.....	75

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Consentimento Informado.....	56
ANEXO 2 – Questionário Sociodemográfico	57
ANEXO 3 – Escala de Avaliação do Perfil das Atitudes acerca da Morte (EAPAM).....	61
ANEXO 4 – Coping Orientation to Problems Experienced Inventory – <i>Brief COPE</i>	63
ANEXO 5 – Escala de Bem-Estar Mental de <i>Warwick-Edinburgh (WEMWBS)</i>	65
ANEXO 6 - Resultados do Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para as Estratégias de <i>Coping</i> , dos cuidadores formais e informais.....	66
ANEXO 7 – Tabela 9. Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões Positivas da EAPAM e Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas do <i>Brief COPE</i> , dos cuidadores formais e informais.....	68
ANEXO 8 – Tabela 16. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que predizem as Atitudes acerca da Morte (EAPAM), dos cuidadores formais e informais.....	69
ANEXO 9 – Tabela 17. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que predizem as Estratégias de <i>Coping (Brief COPE)</i> , dos cuidadores formais e informais.....	70
ANEXO 10 – Tabela 18. Regressão Linear Múltipla para as variáveis que predizem o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>), dos cuidadores formais e informais.....	71
ANEXO 11 – Tabela 20. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para o Grau de Escolaridade – cuidadores formais.....	72
ANEXO 12 – Tabela 21. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para a Profissão – cuidadores formais.....	73
ANEXO 13 – Tabela 23. Comparações múltiplas (<i>post-hoc</i>) com correção de <i>Bonferroni</i> para o Estado Civil – cuidadores formais.....	74
ANEXO 14 – Tabela 25. Correlação de <i>Spearman</i> entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental (<i>WEMWBS</i>) dos cuidadores formais e informais.....	75

I. CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da dependência tem-se vindo a observar uma pressão crescente sobre os sistemas de saúde e de apoio social, fazendo emergir, com cada vez mais destaque e frequência, o papel dos cuidadores – tanto formais como informais – no acompanhamento de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade (Sousa et al., 2024). Diariamente, os cuidadores deparam-se com situações emocionalmente exigentes, especialmente em contextos de fim de vida, onde o contacto com a morte, o sofrimento e a deterioração física e cognitiva são inevitáveis (Hovland & Mallett, 2021; Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Neste cenário, torna-se fundamental compreender de que forma os cuidadores lidam com a realidade da morte, que estratégias utilizam para gerir o impacto emocional do cuidado e de que forma estas experiências afetam o seu bem-estar mental, revelando-se como uma questão central tanto na investigação científica como também para a prática em Psicologia Clínica e para a qualidade da prestação de cuidados (Silva & Petry, 2021).

De acordo com a literatura, tem-se vindo a explorar separadamente os efeitos da prestação de cuidados sobre o bem-estar dos cuidadores, assim como as atitudes acerca da morte e as estratégias de *coping* utilizadas. No entanto, verifica-se uma lacuna significativa na investigação comparativa entre cuidadores formais e informais, especialmente no que diz respeito à análise integrada destas variáveis (Oh et al., 2024). Esta ausência de estudos integradores é particularmente alarmante numa sociedade onde o cuidar é cada vez mais comum entre estruturas formais e informais, e onde persistem desigualdades profundas no reconhecimento, formação e apoio prestado a cada grupo (Lee et al., 2022). No caso dos cuidadores informais, muitas vezes mulheres (como mães, filhas e esposas) com laços familiares próximos ao doente, assumem esta função de forma não planeada, acabando por acumular responsabilidades com outras esferas das suas vidas pessoais e profissionais, o que tende a intensificar ainda mais, a sobrecarga emocional e o sofrimento psicológico, comprometendo o bem-estar mental e qualidade de vida (Alves et al., 2019; Oliveira et al., 2021). Por outro lado, temos os cuidadores formais que, apesar de possuírem formação e apoio institucional, não estão imunes ao desgaste emocional sobretudo aqueles que atuam em contextos com elevados índices de mortalidade e escassos recursos humanos (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Estes contextos contribuem assim, para sentimentos de impotência, *burnout* e fadiga por compaixão, afetando não apenas a saúde dos cuidadores como a qualidade global dos cuidados que prestam (Alves et al., 2019;

Silva & Petry, 2021; Hovland & Mallett, 2021).

Neste sentido, percebe-se que a importância em analisar e comparar as atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental dos cuidadores formais e informais, sendo esse o principal objetivo deste estudo. Posto isto, surge a seguinte questão de investigação: “Quais são as diferenças e relações entre as atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental dos cuidadores formais e informais, e de que forma variáveis sociodemográficas e contextuais influenciam estas dimensões?”. Este tema é pertinente pois para além de colmatar lacunas existentes na literatura científica, é possível compreender se existem diferenças significativas entre cuidadores formais e informais, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada dos seus perfis e necessidades específicas. Espera-se, portanto, gerar conhecimento que possa orientar práticas de intervenção mais ajustadas, programas de formação e políticas de apoio que valorizem o papel essencial de todos os cuidadores na sociedade atual.

II. CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Jung)

2.1. Envelhecimento e Dependência

Nos últimos anos, têm-se observado diversos avanços na medicina, na tecnologia e melhorias das condições de vida que, por sua vez, têm desempenhado um papel crucial no aumento da esperança média de vida. Diagnósticos mais precoces e tratamentos mais eficazes são cada vez mais comuns e têm permitido às pessoas viverem mais tempo. No entanto, este aumento da longevidade nem sempre se traduz numa melhor qualidade de vida (Silva, Resende & Andrade, 2019; Mingote et al., 2021). Atualmente, sabe-se que os países mais desenvolvidos enfrentam um envelhecimento demográfico progressivo e acentuado, impulsionado pela redução das taxas de natalidade e mortalidade, pelo aumento da esperança média de vida e pelos avanços registados na medicina, saúde pública e condições socioeconómicas. Posto isto, a nível global estima-se que até 2050 o número de pessoas com 65 (sessenta e cinco) ou mais anos ultrapasse os 1.6 mil milhões, o que irá corresponder a cerca de 16% (dezasseis) da população mundial (Silva, Resende & Andrade, 2019; Carrillo, Guasconi & Barrelo, 2024). No seio da União Europeia (UE), ocupando a quarta posição em

termos de proporção da população total com 65 (sessenta e cinco) ou mais anos, representando esta faixa etária cerca de 21.5% (vinte e um e meio) da população total, temos Portugal que se destaca como um dos países mais envelhecidos (Mingote et al., 2021). Embora o envelhecimento populacional seja um fenómeno transversal por toda a Europa, Portugal destaca-se na medida em que é dos países com índices de envelhecimento mais elevados, estando aliado a um sistema de saúde que se encontra ainda em processo de adaptação estrutural (Alves et al., 2019; Oliveira et al., 2021). Este desfastamento entre necessidades e recursos pode intensificar a pressão sobre os cuidadores, sobretudo os informais, revelando que não se trata somente de um desafio a nível demográfico, mas também a nível político e organizacional. Esta reconfiguração da pirâmide populacional acarreta consequências significativas, nomeadamente o aumento dos índices de dependência, uma vez que com o avançar da idade, é comum verificar-se um agravamento de condições crónicas e degenerativas que comprometem progressivamente a autonomia dos indivíduos. Esta perda de funcionalidade associada à idade avançada conduz a uma necessidade de cuidados constantes, criando assim, uma forte pressão sobre os sistemas de apoio formal e informal. Neste cenário, sabe-se que o papel que os cuidadores desempenham é essencial (Mingote et al., 2021; Sousa et al., 2024).

2.2. Cuidadores Formais e Informais: Caracterização e Desafios

Perante a perda de autonomia e a presença de doenças crónicas associadas à idade avançada, o papel que os cuidadores assumem é fulcral na resposta às necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas idosas. Estes cuidadores podem ser cuidadores formais (CF) e cuidadores informais (CI), cujos papéis, contextos onde atuam e desafios que enfrentam, diferem substancialmente (Oh et al., 2024).

No que diz respeito aos cuidadores formais, a literatura indica que são profissionais remunerados, com formação específica em saúde, que atuam em instituições como lares, hospitais ou no domicílio do doente. Apesar das competências técnicas que possuem e do acesso a algum suporte a nível institucional, sabe-se que os cuidadores enfrentam uma realidade essencialmente marcada por uma elevada exigência física e emocional. Segundo a literatura, os principais desafios enfrentados pelos cuidadores formais são a sobrecarga laboral, a escassez de recursos humanos e o contacto contínuo com situações de doença e morte, o que acaba por contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* como de fadiga por compaixão (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021; Hovland & Mallett, 2021).

Tais fenómenos podem traduzir-se em níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e sentimentos de impotência (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Para além disto, acresce ainda a dificuldade que os mesmos têm para lidar com situações de terminalidade, uma vez que a formação que lhes é dada, nem sempre fornece suporte adequado para saberem lidar com este tipo de situação. Tudo isto pode comprometer não só a saúde mental dos cuidadores, como também a qualidade da assistência que prestam (Avellar & Rocha, 2020; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Por outro lado, os cuidadores informais são, normalmente, familiares, amigos ou até mesmo vizinhos que prestam assistência e cuidados a pessoas que se encontram em situação de dependência, sem serem remunerados pelo trabalho que prestam. Em Portugal, a grande maioria é composta por pessoas do sexo feminino, maioritariamente filhas, noras ou esposas dos idosos dependentes (Perfeito Paz et al., 2024). Estudos mostram, que este perfil-tipo do Cuidador Informal Português corresponde a mulheres com idades compreendidas entre os 50 (cinquenta) e os 70 (setenta) anos de idade, que se encontram em situações de vulnerabilidade, dado que acarretam múltiplas responsabilidades, como a gestão da própria casa, emprego, filhos, autocuidado, entre outros, o que compromete a saúde mental, agravando a sobrecarga e o desgaste emocional (Alves et al., 2019; Oliveira et al., 2021). Para além disto, este grupo enfrenta outros desafios significativos, nomeadamente, o facto de não terem qualquer formação específica na área da saúde, a falta de apoio formal, a escassez de tempo para questões de autocuidado e, em muitos casos, a invisibilidade social e política do papel que desempenham. Mesmo com o reconhecimento legal trazido pelo Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em 2019, são muitos os cuidadores que ainda não são beneficiários de medidas de apoio efetivas e por isso, vivem em situações de sobrecarga emocional, física e também financeira. Estudos recentes indicam que os cuidadores informais apresentam elevados níveis de ansiedade, *stress*, depressão e um reduzido bem-estar mental, especialmente aqueles que prestam cuidados há mais tempo, não tendo qualquer tipo de rede de suporte (Silva & Petry, 2021).

Ainda que a literatura frequentemente aponte os cuidadores informais como sendo o grupo mais vulnerável, alguns estudos também sugerem que os cuidadores formais enfrentam semelhanças relativamente aos níveis de exaustão, agravados por baixos salários e falta de reconhecimento social (Lee et al., 2022). Esta comparação evidencia que, embora as fontes de *stress* dos cuidadores possam diferir, em ambos os grupos se verifica uma partilha de desafios estruturais que comprometem o bem-estar dos mesmos. Assim, torna-se evidente a necessidade de serem desenvolvidas políticas sociais e institucionais que sejam mais robustas, na medida que garantam melhores condições laborais, formação e suporte emocional (Oh et

al., 2024).

2.3. As Atitudes acerca da Morte

Um dos modelos mais amplamente utilizados para descrever o que são as atitudes é precisamente o Modelo Tripartido das Atitudes, desenvolvido por Rosenberg e Hovland (1960). De acordo com os autores, perante determinados estímulos (como pessoas ou situações), desenvolvem-se atitudes que, por sua vez, vão influenciar o comportamento dos indivíduos, levando-os a reagir de três formas distintas, isto é, de forma emocional, cognitiva ou comportamental. Segundo os mesmos, estas três componentes estão interligadas e podem manifestar-se simultaneamente (Rosenberg & Hovland, 1960; Afonso, Carvalho & Grincenkov, 2018). Tendo por base o modelo teórico, e aplicado ao contexto da morte, este modelo compreende as atitudes acerca da morte como um conjunto de crenças, comportamentos e emoções que cada indivíduo manifesta perante a ideia da sua própria morte ou da morte de terceiros (Afonso, Carvalho & Grincenkov, 2018).

Historicamente, a morte era vivida em casa, integrada em rituais comunitários que favoreciam a aceitação deste fenómeno. Tendo em conta o referido, percebe-se que o processo de morrer era vivido em comunidade, com rituais e práticas que permitiam um certo grau de aceitação e da própria partilha do sofrimento, o que acabava por promover uma relação mais humanizada com a finitude (Cardoso et al., 2020; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Contudo, com o passar dos anos e com os avanços na medicina e a crescente institucionalização dos cuidados de saúde, assiste-se, atualmente, precisamente ao contrário. A morte passou a ocorrer, na sua grande maioria, em contexto hospitalar e sob o cuidado de profissionais de saúde. Assim sendo, deixou de ser vista como um processo natural do ciclo da vida, tornando-se um evento médico, que se encontra muitas vezes associado ao fracasso ou à impotência (Cardoso et al., 2020; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Esta transição para um contexto mais institucionalizado evidencia uma lacuna na formação e preparação emocional dos cuidadores, pelo que o estudo das atitudes face à morte torna-se uma questão crucial para promover práticas de prestação de cuidados mais humanizadas e resilientes. Além disto, sabe-se que esta mudança teve um profundo impacto na forma como os profissionais de saúde e as próprias famílias dos pacientes lidam com o fim de vida pois, apesar de ser um fenómeno natural e inevitável, é vista como um tema sensível e difícil de abordar pela carga emocional, cultural e simbólica que lhe está associada, pelo que acaba, muitas vezes, sendo evitada na sociedade contemporânea (Cardoso et al., 2020; Garrote, Siqueira & Almeida,

2024; Perfeito Paz et al., 2024).

2.3.1. A Importância da Formação sobre a Morte

Embora haja a consciencialização de que a morte é inevitável, continua a ser difícil aceitá-la. Conforme dito anteriormente, derivado da sua crescente institucionalização, a convivência com a finitude e o processo de morrer é uma realidade vivida frequentemente pelos cuidadores formais (Cardoso et al., 2020). Segundo a literatura, este tabu social, que se traduz na relutância ou até mesmo na ausência em dialogar abertamente sobre a morte e o processo de morrer, repercute-se na atuação dos profissionais de saúde, uma vez que exerce uma influência profunda na forma como lidam com a terminalidade (Rodrigues et al., 2021; Avellar & Rocha, 2020). Esta dificuldade relaciona-se com o facto de os cursos de saúde abordarem esta temática de forma superficial, pelo que somente se focam em procedimentos técnicos, negligenciando o desenvolvimento de uma compreensão holística e humana sobre a finitude. Por outras palavras, a formação em saúde privilegia, de maneira geral, o eixo saúde-doença-cura, pelo que se verifica uma escassez na inserção de disciplinas que abordem o morrer, o luto e os cuidados paliativos (Rodrigues et al., 2021). Desta forma, muitos profissionais ingressam no mercado de trabalho sem terem qualquer preparação emocional ou comunicacional para lidar com a terminalidade, o que acaba por gerar sentimentos como impotência, frustração, culpa e sofrimento psicológico (Silva et al., 2021; Santos et al., 2024). Para além disto, esta ausência de formação e de estratégias adequadas leva frequentemente ao recurso de mecanismos defensivos, como o distanciamento emocional ou a utilização de uma linguagem técnica excessiva na comunicação com as famílias, dificultando assim, a capacidade de oferecerem um cuidado compassivo e humanizado (Avellar & Rocha, 2020; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Apesar destes comportamentos aparentarem “frieza” por parte dos profissionais de saúde, funcionam como autoproteção frente à dor emocional e a própria sensação de fracasso (Avellar & Rocha, 2020).

Para além disto, são diversos os estudos que apontam que a ausência de formação específica sobre esta temática tende a estar associada a atitudes mais negativas, como o medo, o evitamento e o desconforto no contacto com pacientes em estado terminal (Cardoso et al., 2020; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Neste sentido, torna-se fundamental que a formação académica na área da saúde transcenda a mera transmissão de conhecimentos técnicos, incorporando uma abordagem que seja mais humanizada, de forma a preparar os profissionais para lidar com a morte e com o processo de morrer, e para que,

consequentemente, desenvolvam atitudes mais positivas baseadas na aceitação da morte como um processo natural, promovendo assim um cuidado mais humanizado que priorize não só a cura, mas principalmente o conforto, a dignidade e qualidade de vida dos pacientes em situação de fim de vida (Avellar & Rocha, 2020; Cardoso et al., 2020; Santos et al., 2024; Silva et al., 2021). Importa referir que, se por um lado, os cuidadores formais enfrentam lacunas na formação académica no que respeita à morte e ao processo de morrer, os cuidadores informais, por outro lado, deparam-se com um desafio ainda maior, ou seja, a total ausência de uma preparação estruturada para lidar com esta temática (Perfeito Paz et al., 2024; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). A maioria destes cuidadores, por não possuir formação específica na área da saúde, enfrenta o processo de morrer com base na experiência pessoal e no suporte limitado das redes familiares e comunitárias, o que pode intensificar sentimentos de ansiedade, impotência e sofrimento emocional (Perfeito Paz et al., 2024; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Em síntese, torna-se evidente que a ausência de formação adequada, seja formal ou informal, acaba por comprometer o bem-estar mental dos cuidadores como também a qualidade dos cuidados que prestam aos pacientes. Em suma, a criação de espaços de diálogo e apoio emocional para os profissionais de saúde é fundamental dado que contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, como também para promover o bem-estar destes, refletindo-se em atitudes mais positivas face à morte (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021).

2.4. Estratégias de *Coping*

As estratégias de *coping* que cada cuidador utiliza desempenham um papel fundamental na forma como lidam com os desafios que enfrentam na prática do cuidar, uma vez que cuidar de alguém, especialmente em contextos de doença crónica ou terminal, coloca os cuidadores perante fortes exigências emocionais e práticas significativas. Neste sentido, torna-se imprescindível compreender quais as estratégias de *coping* mais utilizadas, tanto pelos cuidadores formais quanto informais, para que seja possível compreender como é que enfrentam as dificuldades do dia-a-dia associadas à prática do cuidar (Salbego et al., 2022).

Tendo por base o Modelo de *Stress* e *Coping*, desenvolvido em 1984, por Folkman e Lazarus, sabe-se que o conceito de *coping* consiste no conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que os indivíduos utilizam para lidar com situações adversas ou potencialmente stressantes. De forma simplificada, o *coping* pode ser entendido como todos os esforços cognitivos e comportamentais que um indivíduo utiliza para conseguir gerir,

tolerar ou pelo menos minimizar o impacto de uma situação de *stress*. Posto isto, percebe-se que o propósito da utilização dessas estratégias consiste em aumentar ou preservar a percepção de controlo sobre a situação adversa, permitindo que o indivíduo consiga lidar de forma mais eficaz com o fator *stressante* (Stephenson & DeLongis, 2020).

Este modelo tem sido amplamente utilizado na investigação científica, dado que se constitui como uma referência fundamental para se compreender as estratégias que os indivíduos utilizam para lidar com situações potencialmente stressoras, sendo que um dos instrumentos mais utilizados para identificar estas estratégias tem sido o Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (*Brief COPE*) (Dias & Ribeiro, 2019; Nunes et al., 2023).

Segundo Rahman, Issa & Naing (2021), as estratégias de *coping* que compõem este instrumento são classificadas como sendo adaptativas ou desadaptativas. Entre as primeiras encontram-se o *coping* ativo, o planeamento, a reinterpretação cognitiva, a aceitação do problema, o humor, a religião, o suporte emocional, o suporte instrumental e a expressão emocional. Já entre as segundas destacam-se a autodistração, a negação, o uso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a autoculpabilização. Importa salientar que o tipo de *coping* utilizado influencia diretamente o bem-estar mental, pelo que a utilização de estratégias de *coping* adaptativas se encontram associadas a uma maior resiliência, menor ansiedade e a uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, a adoção de estratégias de *coping* desadaptativas relaciona-se com níveis mais elevados de *stress*, depressão e síndrome de *burnout* (Stephenson & DeLongis, 2020; Salbego et al., 2022; Nunes et al., 2023). Assim, compreender as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores, tanto formais como informais, é essencial pois permite compreender como ambos os grupos enfrentam os desafios da prática do cuidar, e por sua vez, orienta para intervenções que promovam o uso estratégias adaptativas e que minimizem os riscos de desgaste emocional.

2.5. Bem-Estar Mental

Constituindo-se como um construto amplo e multidimensional que ultrapassa a mera ausência de psicopatologia, o conceito de bem-estar mental tem vindo a ganhar cada vez mais destaque na psicologia da saúde e nas ciências sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o bem-estar mental baseia-se num estado no qual o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as exigências normais do quotidiano e trabalha de forma produtiva, contribuindo assim para a comunidade (OMS, 2022). A literatura reforça que o bem-estar mental é simultaneamente um recurso individual e social, que influencia a

forma como os indivíduos enfrentam adversidades (Silva & Petry, 2021; Hovland & Mallett, 2021; Sousa et al., 2024). Este conceito encontra-se dividido em dois principais domínios, mais concretamente, o hedonista e o eudemonista. Relativamente ao primeiro, este encontra-se diretamente ligado a uma experiência subjetiva de prazer e satisfação com a vida. Já o segundo domínio, relaciona-se com o desenvolvimento pessoal, o propósito de vida, a autonomia e as relações interpessoais positivas. Ainda que distintos, estes complementam-se e contribuem para uma visão integrada do bem-estar mental, pelo que o equilíbrio entre ambos se torna fundamental para uma vida saudável e funcional (Figueiredo et al., 2022).

Estudos internacionais têm vindo a mostrar que os cuidadores informais apresentam níveis significativamente mais baixos de bem-estar subjetivo em comparação com pessoas não cuidadoras, devido ao elevado grau de exigência física, emocional e social envolvidos no processo de cuidar (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021). A intensidade do cuidado é um fator determinante, uma vez que cuidadores que dedicam mais de 20 (vinte) horas semanais apresentam maiores índices de exaustão emocional como também de sintomatologia depressiva (Hovland & Mallett, 2021; Sousa et al., 2023). Em contextos específicos, como cuidado de pessoas com doenças mentais ou em situação de terminalidade, verifica-se uma elevada prevalência de ansiedade, depressão e sobrecarga (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021). No caso dos cuidadores informais, a sobrecarga, a falta de reconhecimento como também o isolamento social são tudo fatores de risco que afetam de forma significativa o bem-estar mental dos mesmos (Alves et al., 2019; Oliveira et al., 2021). Já relativamente aos cuidadores formais, sabe-se que o *burnout* e a fadiga por compaixão se destacam como fatores de risco do comprometimento do bem-estar mental (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Desta forma, percebe-se a importância que o suporte social, a resiliência como também a utilização de estratégias de *coping* adaptativas têm em ambos os grupos de cuidadores, agindo como fatores protetores para o bem-estar mental dos mesmos (Salbego et al., 2022; Nunes et al., 2023). Em suma, é imperativo garantir o bem-estar dos cuidadores, pois não se trata apenas de uma questão de proteger a própria saúde, mas também de assegurar a qualidade dos cuidados (Silva & Petry, 2021; Hovland & Mallett, 2021; Sousa et al., 2024).

2.6. Pertinência e Objetivos do Estudo

A pertinência do presente estudo prende-se essencialmente com o facto de não haver nenhum estudo que englobe as variáveis – atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e

bem-estar mental – entre os cuidadores formais e informais (Oh et al., 2024). Para além de ser um tema pertinente no contexto atual da saúde, são muito poucas as investigações que comparam estes dois grupos, contribuindo por isso, para a investigação científica, colmatando lacunas na literatura. Por último, acresce ainda que a Escala de Bem-estar Mental de *Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* foi recentemente traduzida e validada para a população portuguesa (Figueiredo et al. 2022), pelo que ainda não foi aplicada no contexto dos cuidadores em Portugal, contribuindo para o preenchimento de uma lacuna importante na literatura científica. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo geral analisar e comparar as atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental entre cuidadores formais e informais, explorando o impacto de diferentes variáveis sociodemográficas e contextuais sobre estas dimensões. Com base neste propósito, definem-se os seguintes objetivos específicos:

(1) verificar se existem diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais e informais, relativamente às atitudes acerca da morte, às estratégias de *coping* e ao bem-estar mental.

(2) Analisar a associação entre as variáveis – atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e bem-estar mental – entre cuidadores formais e cuidadores informais. Mais especificamente, analisar a relação entre (2.1.) as dimensões positivas acerca da morte e as estratégias de *coping* adaptativas, (2.2.) as dimensões negativas acerca da morte e as estratégias de *coping* desadaptativas, (2.3.) as estratégias de *coping* adaptativas e o bem-estar mental, (2.4.) as estratégias de *coping* desadaptativas e o bem-estar mental, (2.5.) as dimensões positivas acerca da morte e o bem-estar mental e (2.6.) as dimensões negativas acerca da morte e o bem-estar mental.

(3) Analisar a influência das atitudes acerca da morte e das estratégias de *coping* no bem-estar mental dos cuidadores.

(4) Analisar se a idade, o estado de saúde percebido, os motivos para assumir o papel de cuidador e o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente, influenciam: as atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental, em cuidadores formais e informais.

(5) Avaliar se existem diferenças nas atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e o bem-estar mental consoante: o grau de escolaridade, a profissão, o estado civil e a nacionalidade dos cuidadores formais e informais.

Por fim, mas não menos importante, (6) avaliar a associação entre o número de elementos do agregado familiar e o bem-estar mental, dos cuidadores formais e informais.

III. CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1. Desenho de Investigação

Trata-se de um estudo de natureza observacional, comparativo e transversal, que foi realizado com recurso a uma metodologia quantitativa. O tipo de amostragem é não probabilístico por conveniência e bola de neve (“*snowball*”) (Marôco, 2018).

3.2. Participantes

Os participantes foram selecionados em função de uma única característica, mais concretamente, tinham de ser cuidadores formais ou cuidadores informais, sendo este o único critério de inclusão. Como critérios de exclusão foram desconsiderados indivíduos com idade inferior a 18 (dezoito) anos e que tivessem algum comprometimento a nível cognitivo ou perturbação mental e/ou física. A amostra final foi composta por uma proporção equilibrada de cuidadores formais e informais recrutados presencialmente e por via *online*, de forma a permitir a comparação estatística entre os dois grupos. De modo a conhecer pormenorizadamente algumas das características da amostra, foi realizada uma análise descritiva. O número total de participantes deste estudo foi 217 (duzentos e dezassete), pelo que 121 (cento e vinte e um) são cuidadores formais e os restantes 96 (noventa e seis) são cuidadores informais, o que corresponde a uma percentagem de 55.8% e 44.2%, respetivamente. De forma a facilitar a leitura dos dados sociodemográficos dos grupos de cuidadores, foi criada uma tabela (Tabela 1) onde se pode aceder às características sociodemográficas destes. Na tabela seguinte (Tabela 2), encontram-se as informações sociodemográficas relativas aos pacientes dos cuidadores informais.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Formais e Informais

Variável	Cuidadores Formais (<i>n</i> = 121)	Cuidadores Informais (<i>n</i> = 96)
Idade (<i>M</i> ± <i>DP</i>)	41.03 ± 11.378	46.16 ± 15.837
Género		
Feminino	107 (88.4%)	83 (86.5%)
Masculino	14 (11.6%)	13 (13.5%)
Estado Civil		

Solteiro(a)	46 (38.0%)	37 (38.5%)
Casado(a)/União de facto	52 (43.0%)	39 (40.6%)
Viúvo(a)	3 (2.5%)	4 (4.2%)
Divorciado(a)	20 (16.5%)	16 (16.7%)
Nacionalidade		
Portuguesa	89 (73.6%)	84 (87.5%)
Brasileira	29 (24.0%)	9 (9.4%)
Húngara	–	2 (2.1%)
São-tomense	1 (0.8%)	1 (1.0%)
Cabo Verdiano	2 (1.7%)	–
Área de Residência		
Urbana	102 (84.3%)	78 (81.3%)
Rural	4 (3.3%)	7 (7.3%)
Mista	15 (12.4%)	11 (11.5%)
Grau de Escolaridade		
< 4º ano	–	–
4º ano	1 (0.8%)	1 (1.0%)
6º ano	1 (0.8%)	5 (5.2%)
9º ano	8 (6.6%)	23 (24.0%)
Secundário	25 (20.7%)	11 (11.5%)
Curso Técnico	25 (20.7%)	37 (38.5%)
Licenciatura	34 (28.1%)	18 (18.8%)
Mestrado	25 (20.7%)	1 (1.0%)
Doutoramento	2 (1.7%)	–
Profissão		
Médico	7 (5.8%)	2 (2.1%)
Enfermeiro	24 (19.8%)	3 (3.1%)
Psicólogo	12 (9.9%)	10 (10.4%)
Auxiliar de Saúde	48 (39.7%)	6 (6.3%)
Outro	30 (24.8%)	75 (78.1%)
Nº Elementos Agregado Familiar		
0	4 (3.3%)	3 (3.1%)
1	19 (15.7%)	9 (9.4%)
2	30 (24.8%)	27 (28.1%)
3	37 (30.6%)	22 (22.9%)
4	21 (17.4%)	23 (24.0%)
5	8 (6.6%)	7 (7.3%)
6	1 (0.8%)	3 (3.1%)
7	1 (0.8%)	1 (1.0%)
8	–	1 (1.0%)
Formação sobre a temática da morte, luto e/ou cuidados paliativos		
Sim	56 (46.3%)	17 (17.7%)

Não	45 (37.2%)	38 (39.6%)
Total	101 (83.5%)	55 (57.3%)
Omissos	20 (16.5%)	41 (42.7%)
Motivos que o levaram a assumir o papel de cuidador		
Afinidade	68 (56.2%)	48 (50.0%)
Obrigação	29 (24.0%)	20 (20.8%)
Gratidão	24 (19.8%)	28 (29.2%)
Estado de Saúde		
Bom	84 (64.9%)	43 (44.8%)
Razoável	36 (29.8%)	44 (45.8%)
Mau	1 (0.8%)	9 (9.4%)
Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente		
Muito	51 (42.1%)	53 (55.2%)
Moderadamente	55 (45.5%)	31 (32.3%)
Pouco	13 (9.9%)	11 (11.5%)
Nada	3 (2.5%)	1 (1.0%)

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica dos Pacientes dos Cuidadores Informais

Variável	Pacientes dos Cuidadores Informais	
	Média	Desvio Padrão
Idade ($M \pm DP$)	77.21	14.772
	Frequência	Porcentagem (%)
Vive com a pessoa que está doente		
Sim		
Não	38	39.6
Total	46	47.9
Omisso	84	87.5
Total	12	12.5
	96	100.0
Grau de parentesco com o Paciente		
Sim	69	71.9
Não	15	15.6
Total	84	87.5
Omisso	12	12.5
Total	96	100.0
Grau de parentesco		
Cônjuge / Companheiro	6	6.3
Avô /Avó	17	17.7
Pai / Mãe	30	31.3

Filho / Filha	5	5.2
Tio / Tia	6	6.3
Sogro /Sogra	3	3.1
Outro	3	3.1
Total	70	72.9
Omisso	26	27.1
Total	96	100.0
<hr/>		
Género		
Feminino	54	56.3
Masculino	27	28.1
Total	81	84.4
Omisso	15	15.6
Total	96	100.0
<hr/>		
Local		
Domicílio	71	74.0
Hospital	3	3.1
Lar	8	8.3
Total	82	85.4
Omisso	14	14.6
Total	96	100.0
<hr/>		
Doença		
Oncológica	8	8.3
Psiquiátrica ou Neurológica	45	46.9
Insuficiência de órgão (doença cardiovascular, renal ou pulmonar, etc.)	27	28.1
Total		
Omisso	80	83.3
Total	16	16.7
	96	100.0

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por um total de 20 (vinte) questões que têm por objetivo conhecer o cuidador formal e o cuidador informal. Foi desenvolvido com base nos objetivos do estudo, pelo que os dados obtidos possibilitam a caracterização dos cuidadores tendo em conta a idade, o sexo, o estado civil, a nacionalidade, a área de residência, o grau de escolaridade, a profissão, o número de elementos do agregado familiar, o

tipo de cuidador, se têm alguma formação sobre a temática da morte, o luto e/ou cuidados paliativos, o motivos pelo qual assumiram o papel de cuidador (afinidade, obrigação ou gratidão), o estado de saúde (bom, razoável ou mau) e até que ponto estão envolvidos nos cuidados com o paciente (muito, moderadamente, pouco ou nada). Para além disto, em relação aos cuidadores informais é ainda possível compreender qual o grau de parentesco para com a pessoa que está a ser cuidada, a idade, o sexo, o local onde está a receber cuidados (domicílio, hospital, lar ou clínica) e por fim, qual a doença (oncológica, psiquiátrica ou neurológica e insuficiência de órgão) (ANEXO 2).

3.3.2. Escala de Avaliação do Perfil das Atitudes acerca da Morte (EAPAM)

A Escala de Avaliação do Perfil das Atitudes acerca da Morte (EAPAM) foi desenvolvida tendo por base o *Revised Death Attitude Profile (DAP-R)*, que originalmente foi formulada por Wong, Reker e Gesser (1994). Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Loureiro (2010), sendo um instrumento de autorrelato desenvolvido com o propósito de avaliar diferentes perspetivas acerca da morte. A escala é composta por um total de 32 (trinta e dois) itens organizados de acordo com cinco principais dimensões, mais concretamente, o medo, o evitamento, a aceitação neutral ou neutralidade, a aceitação como escape e a aceitação como aproximação (Loureiro, 2010; Cardoso et al., 2020). Relativamente à dimensão “Medo”, é composta por 7 (sete) itens que avaliam sentimentos de angústia e de ansiedade perante a morte. A dimensão “Evitamento” engloba 5 (cinco) itens que analisam a tendência em evitar pensamentos ou conversas acerca da morte, com o propósito de minimizar o desconforto emocional associado ao tema da morte. Já a Aceitação da Morte manifesta-se de três formas distintas. Primeiramente, a “Aceitação Neutral”, composta por 5 (cinco) itens, caracteriza-se por uma visão da morte como um evento natural e inevitável. A “Aceitação como Aproximação” reflete uma perspetiva positiva em relação à morte, sendo encarada como uma passagem para uma nova realidade que é espiritual ou religiosa, associada à ideia de continuidade da vida num outro plano. Esta engloba 10 (dez) itens (15. “A morte é a união com Deus e a felicidade eterna”). Por sua vez, a “Aceitação como Escape” composta por 5 (cinco) itens, traduz a morte como uma solução para pôr um fim ao sofrimento, sendo mais frequente em contextos de dor intensa ou doença terminal (Cardoso et al., 2020).

Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 7 (sete) pontos, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente” (Cardoso et al., 2020). Os resultados variam

entre um mínimo de 32 (trinta e dois) e um máximo de 224 (duzentos e vinte e quatro) pontos. Logo, quanto maior foi a pontuação numa determinada dimensão, maior será a identificação do indivíduo em relação a essa perspectiva acerca da morte (Cardoso et al., 2020). Quanto à consistência interna, o estudo de Loureiro (2010) demonstrou que a EAPAM apresenta bons níveis de consistência interna, com coeficientes de *alfa* de *Cronbach* satisfatórios nas seguintes dimensões: medo (0.84), evitamento (0.87), neutralidade (0.64), aproximação (0.91) e escape (0.82). Estes resultados atestam a fiabilidade da EAPAM como ferramenta de avaliação (Loureiro, 2010; Cardoso et al., 2020) (ANEXO 3).

3.3.3. Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (*Brief COPE*)

Desenvolvido por Carver (1997), o *Brief COPE* (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory) baseia-se numa versão reduzida do *COPE* (Coping Orientation to Problems Experienced) desenvolvida por Carver, Scheier e Weintraub (1989) e tem por base o Modelo de *Stress* e *Coping* de Lazarus e Folkman (Carvalho, Vale-Dias & Carvalho, 2023). Inicialmente, o *COPE* era utilizado para avaliar as estratégias e estilos de *coping* em diversos contextos, sendo composto por um total de 60 (sessenta) itens. Contudo, devido à sua extensão, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma nova versão mais concisa, especialmente para contextos clínicos ou pesquisas, em que o tempo de resposta dos participantes fosse um fator limitante (Carvalho, Vale-Dias & Carvalho, 2023). A versão breve (*Brief COPE*) é composta por 28 (vinte e oito) itens, distribuídos por 14 (quatorze) escalas de 2 (dois) itens cada, preservando a essência da versão original. Para se responder ao questionário utiliza-se uma escala de *Likert* de 0 a 3, que varia entre “nunca faço isso” a “faço quase sempre isto” (Rahman, Issa & Naing, 2021; Carvalho, Vale-Dias & Carvalho, 2023). Conforme referido anteriormente, e segundo Rahman, Issa & Naing (2021) as escalas do instrumento encontram-se divididas em estratégias de *coping* adaptativas e desadaptativas. A subescala “*coping* ativo”, refere-se a uma ação direcionada à tentativa de resolução de uma situação. O “planeamento”, consiste na elaboração de um plano com o objetivo de resolver um problema. A “reinterpretação cognitiva”, envolve o esforço para perceber o problema de uma forma mais positiva, focando-se nos aspetos positivos do problema. Já a “aceitação do problema”, como o próprio nome indica, consiste na aceitação do problema tal como ele é. O “humor”, por outro lado, traduz a tentativa de se rir da situação em questão. A subescala “religião”, abrange comportamentos como oração ou meditação, bem como a procura de significado para o problema, com base nas crenças religiosas ou espirituais do indivíduo. O

“suporte emocional”, traduz o desejo de compreensão por parte dos outros e/ou à partilha de emoções. O “suporte instrumental”, envolve a procura de proximidade dos outros, de maneira a obter ajuda para resolver o problema. A “autodistração”, refere-se ao envolvimento em outras atividades para evitar pensar no problema. Já a negação, é caracterizada pela recusa em aceitar a realidade do problema. A “expressão emocional” consiste na manifestação das emoções, mesmo as negativas. O “uso de substâncias” (como drogas ou álcool) visa melhorar o estado emocional do indivíduo. O “desinvestimento comportamental” é a desistência comportamental de tentar resolver ou lidar com a situação/problema. Por último, a “autoculpabilização”, envolve a atribuição de culpa a si mesmo pelo problema, acompanhada de autocritica (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief COPE* foi validado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004), pelo que os resultados obtidos revelaram um *alfa* de *Cronbach* que varia entre 0.55 e 0.84, onde apenas a subescala de “aceitação” apresentou um valor inferior ao recomendado ($\alpha = 0.55$). Apesar disso, os valores obtidos foram idênticos aos obtidos inicialmente por Carver (1997) (ANEXO 4).

3.3.4. Escala de Bem-Estar Mental de *Warwick-Edinburgh* (*WEMWBS*)

A *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (*WEMWBS*) foi desenvolvida no Reino Unido, por Tennant et al. (2007), com o propósito de medir o bem-estar mental de forma abrangente na população geral. Apesar de já ter sido traduzida e validada em diversos países, apenas recentemente é que foi traduzida e validada para a população portuguesa por Figueiredo et al. (2022). A Escala de Bem-Estar Mental de *Warwick-Edinburgh* mede aspetos hedonistas, que são alusivos ao bem-estar subjetivo, e eudemonistas, que são referentes ao bem-estar psicológico. Esta é composta por 14 (quatorze) itens (1. “Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro.”), avaliados numa escala de *Likert* de 5 (cinco) pontos, que alternam entre 1 (um) que corresponde a “Nunca” e 5 (cinco) que corresponde a “Sempre”. Desta forma, os resultados vão variar entre um mínimo de 14 (quatorze) e um máximo 70 (setenta) pontos, pelo que valores mais elevados indicam níveis mais elevados de bem-estar mental (Figueiredo et al., 2022). Os resultados do estudo de Figueiredo et al. (2022) demonstraram que a *WEMWBS*, traduzida e validada para a população portuguesa, apresenta boas propriedades psicométricas idênticas às da versão original, com um *alfa* de *Cronbach* de 0.91, garantindo assim, uma elevada consistência interna (ANEXO 5).

3.4. Procedimentos

A recolha dos dados decorreu através da aplicação dos questionários em formato papel, nas instituições que colaboraram com o estudo e em formato digital, pelas redes sociais, de forma que fosse possível uma amostra mais abrangente. A partilha digital ocorreu por meio das plataformas *Facebook* e *E-mail*, para associações como, por exemplo, a “Associação Nacional de cuidadores informais” e “*Caregivers* Portugal – Associação Portuguesa de cuidadores”. Paralelamente, os questionários distribuídos em formato papel, foram distribuídos juntos das seguintes instituições localizadas na zona de Lisboa que aceitaram em colaborar com o estudo, nomeadamente, a Associação Casapiana de Solidariedade, as Casas da Cidade do Hospital da Luz, o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. A todos os participantes foi dado o Consentimento Informado (ANEXO 1), no qual foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, tendo sido salvaguardados e garantidos os direitos de confidencialidade e anonimato, assim como o direito de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso implicasse quaisquer consequências para o próprio. O tempo médio de resposta ao questionário foi de aproximadamente 10 (dez) minutos. Para eventuais esclarecimentos, foi disponibilizado o meu endereço de *e-mail*.

3.5. Análise de Dados

Com o propósito de dar resposta aos objetivos inicialmente propostos, procedeu-se à análise estatística dos dados recolhidos, recorrendo-se ao software *IBM SPSS Statistics*, versão 30.0.0.0 (172). Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever os dados obtidos nos instrumentos utilizados (*EAPAM*, o *Brief COPE* e a *WEMWBS*). Foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio-padrão), bem como frequências absolutas e relativas, valores mínimos e máximos, e percentagens.

Posteriormente, realizou-se uma análise inferencial com o objetivo (objetivo 1) de comparar os grupos de cuidadores (formais vs. informais) relativamente às variáveis em estudo (atitudes acerca da morte, estratégias de *coping*, bem-estar mental e variáveis sociodemográficas e contextuais). Para tal, a seleção dos testes estatísticos foi definida em função do cumprimento dos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias.

Adicionalmente, foi efetuada uma análise correlacional com o objetivo (objetivo 2) de explorar possíveis relações entre as variáveis em estudo, recorrendo-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*.

De seguida, realizaram-se análises de regressão linear múltipla, tendo a primeira o intuito de avaliar em que medida as atitudes acerca da morte e as estratégias de *coping* influenciam o bem-estar mental (objetivo 3), pelo que a segunda consistiu em avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e contextuais (a idade, o estado de saúde, os motivos para assumir o papel de cuidador e o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente) nas atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental (objetivo 4).

Para além disto, foi conduzida uma análise comparativa para avaliar diferenças nas atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e o bem-estar mental, em função das variáveis: grau de escolaridade, profissão, estado civil e nacionalidade (objetivo 5).

Por último, foi avaliada a associação entre o número de elementos do agregado familiar e o bem-estar dos cuidadores formais e informais (objetivo 6).

IV. CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Inicialmente, foram realizados testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) e de homogeneidade das variâncias (teste de Levene), com vista a determinar os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos (Tabelas 3 e 4). No que respeita às Atitudes acerca da Morte, os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* indicaram que os dados seguem uma distribuição normal ($p = .200$). Adicionalmente, o teste de Levene revelou homogeneidade das variâncias entre os dois grupos ($p = .841$). Assim, optou-se pela utilização do teste T *Student* para amostras independentes. Relativamente às Estratégias de *Coping*, a distribuição não se revelou normal ($p = .019$), embora o teste de Levene tenha indicado homogeneidade das variâncias ($p = .797$). Face à violação da normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney*. Quanto ao Bem-Estar Mental, verificou-se uma ausência de normalidade ($p = .033$) e falta de homogeneidade das variâncias ($p = .003$), aplicando-se também o teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney*.

Tabela 3

Resultados dos Testes de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis EAPAM, Brief COPE e WEMWB, dos Cuidadores Formais e Informais

Instrumentos	Estatística	gl	p	Distribuição
EAPAM	.050	217	.200	Normal
Brief COPE	.067	217	.019	Não Normal
WEMWBS	.064	217	.033	Não Normal

Nota. Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das distribuições; gl = graus de liberdade; p = valor de significância; $p < .05$ indica a significância estatística.

Tabela 4

Teste de Homogeneidade das Variâncias (Levene) para as variáveis EAPAM, Brief COPE e WEMWBS, dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	p
EAPAM	.841
Brief COPE	.797
WEMWBS	.003

Nota. EAPAM = Escala de Avaliação do Perfil das Atitudes acerca da Morte; Brief COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; WEMWBS = Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh; p = nível de significância estatística; $p < .05$ indica a significância estatística.

4.1. Verificar se existem diferenças significativas entre os Cuidadores Formais e Informais, no que diz respeito às Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e Bem-Estar Mental.

Os resultados revelaram diferenças significativas entre os cuidadores. Relativamente às atitudes acerca da morte, os cuidadores informais apresentaram níveis mais elevados nas dimensões: aceitação como escape, medo e evitamento da morte, comparativamente com os cuidadores formais. Nas estratégias de *coping*, também se observaram diferenças nas estratégias: aceitação do problema e *coping* ativo, em que os cuidadores informais recorreram mais frequentemente a estas estratégias. Por fim, no que respeita ao bem-estar mental, os resultados mostraram que os cuidadores formais apresentaram níveis significativamente superiores em comparação com os cuidadores informais.

4.1.1. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente às Atitudes acerca da Morte

Os resultados do Teste *T* de *Student* para amostras independentes para comparar os cuidadores formais e informais relativamente às atitudes acerca da morte, revelaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Aceitação como Escape”, “Medo” e “Evitamento”. Na dimensão “Aceitação como Escape”, os cuidadores formais apresentaram valores mais baixos ($M = 16.91, DP = 6.57$) em comparação com os cuidadores informais ($M = 19.61, DP = 7.10$), pelo que estes resultados indicam que os cuidadores informais revelam maiores níveis de aceitação da morte como forma de escape ($t(206.25) = -2.91, p = .004, d = -.40$). Na dimensão “Medo”, também se verificaram diferenças significativas entre os cuidadores formais ($M = 24.74, DP = 8.97$) e os informais ($M = 29.44, DP = 9.79$), verificando-se que os cuidadores informais apresentam maior medo da morte ($t(215) = -3.69, p < .001, d = -.50$). Por último, relativamente à dimensão “Evitamento”, as diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores formais ($M = 18.56, DP = 7.56$) e os informais ($M = 21.11, DP = 8.36$), revelam que os cuidadores informais evidenciam uma maior tendência para o evitamento da morte ($t(193.72) = -2.33, p = .021, d = -.32$). As únicas dimensões onde não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos foram a “Aceitação Neutral” e a “Aceitação por Aproximação”.

Tabela 5*Teste T de Student para Amostras Independentes das Dimensões da EAPAM*

	Cuidadores Formais (<i>M ± DP</i>)	Cuidadores Informais (<i>M ± DP</i>)	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Aceitação Neutral	28.07 (3.99)	27.15 (3.71)	1.76 (215)	.081	.24
Aceitação por Aproximação	23.87 (7.48)	23.08 (9.81)	0.67 (215)	.505	.09
Aceitação como Escape	16.91 (6.57)	19.61 (7.10)	-2.91 (215)	.004	-.40
Medo	24.74 (8.97)	29.44 (9.78)	- 3.69 (215)	< .001	- .50
Evitamento	18.56 (7.56)	21.11 (8.36)	- 2.36 (215)	.019	-.32

Nota. n = tamanho da amostra; M = média; DP = desvio padrão; t = estatística; df = graus de liberdade; p = nível de significância estatística; p < .05 indica a significância estatística; d de Cohen = tamanho do efeito. Valores arredondados a duas casas decimais.

4.1.2. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente às Estratégias de Coping

Tendo por base a tabela 6 (Anexo 6), verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* “Aceitação do Problema” ($U = 7190.00$; $Z = 3.10$; $p = .002$), pelo que os cuidadores informais apresentaram postos médios mais elevados ($PM = 123.47$) comparativamente com os cuidadores formais ($PM = 97.58$). Para além disto, também se observaram diferenças significativas no “*Coping* Ativo” ($U = 7603.50$; $Z = 4.02$; $p < .001$), pelo que, novamente se verifica que os cuidadores informais apresentam valores mais altos ($PM = 127.70$) do que os cuidadores formais ($PM = 94.16$). Nas restantes estratégias de *coping* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

4.1.3. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os Cuidadores Formais e Informais relativamente ao Bem-Estar Mental

Os resultados de *U* de Mann-Whitney indicam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U = 4068.00$; $Z = -3.791$; $p < .001$) (Tabela 7). Este resultado sugere que os cuidadores formais, ao apresentarem um posto médio superior ($PM = 123.38$; $SP = 14929.00$) em comparação com os cuidadores informais ($PM = 90.88$; $SP = 8724.00$), significa que apresentam níveis mais elevados de bem-estar mental (Tabela 8).

Tabela 7

Teste U de Mann-Whitney para a WEMWBS

Grupo	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Cuidadores	217	4068.00	- 3.791	< .001

Nota. n = tamanho da amostra; U = estatística U de Mann-Whitney; Z = valor padronizado do teste; p = valor de significância estatística; p < .05 indica a significância estatística.

Tabela 8

Valores dos Postos Médios da WEMWBS

Grupos	<i>n</i>	<i>PM</i>	<i>SP</i>
Cuidadores Formais	121	123.38	14929.00
Cuidadores Informais	96	90.88	8724.00

Nota. n = tamanho da amostra; PM = posto médio; SP = soma dos postos

4.2. Analisar a relação entre as variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de Coping e Bem-Estar Mental – dos Cuidadores Formais e Informais

Os resultados mostraram que atitudes positivas face à morte se associam de forma significativa ao uso de estratégias de *coping* adaptativas e a níveis mais elevados de bem-estar mental em cuidadores formais e informais, enquanto a aceitação da morte como escape se associou de forma negativa e significativa com o bem-estar mental. Sobre as atitudes negativas, o medo associou-se de forma significativa ao uso da negação em ambos os grupos, e o evitamento associou-se de forma significativa ainda a estratégias desadaptativas nos

cuidadores formais. O bem-estar mental relacionou-se significativamente com estratégias adaptativas entre os cuidadores informais, ao passo que, nos formais, destacaram-se sobretudo as estratégias: reinterpretação cognitiva, aceitação do problema e religião. Estratégias desadaptativas, como a autculpabilização e o desinvestimento comportamental, apresentaram uma relação negativa e significativa no bem-estar mental dos cuidadores formais, constando com a autodistração, que nos cuidadores informais surgiu associada a níveis significativamente mais elevados de bem-estar mental.

4.2.1. Analisar a relação entre as Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e as Estratégias de *Coping* Adaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, a dimensão “Aceitação Neutral” apresentou correlações positivas e estatisticamente significativas com as seguintes estratégias de *coping* adaptativas: “Planeamento” ($r_s = .239, p = .008$), “Aceitação do Problema” ($r_s = .391, p < .001$) e o “*Coping* Ativo” ($r_s = .243, p = .007$), indicando que uma atitude de aceitação neutral face à morte tende a estar associada a estratégias de *coping* centradas na resolução ativa de problemas e na adaptação cognitiva. No que respeita à dimensão “Aceitação por Aproximação”, observou-se uma correlação significativa apenas com a estratégia de *coping* “Religião” ($r_s = .471, p < .001$), sugerindo que a percepção da morte como um processo transcendente ou espiritual pode estar relacionada com a utilização de práticas religiosas enquanto forma de *coping* dos cuidadores formais. Não foram encontradas correlações significativas para a “Aceitação como Escape”. Já em relação aos cuidadores informais, a dimensão “Aceitação Neutral” apresentou correlações estatisticamente significativas com a “Reinterpretação Cognitiva” ($r_s = .243, p = .017$), o “Planeamento” ($r_s = .228, p = .026$) e o “Humor” ($r_s = .211, p = .039$), revelando que uma aceitação neutral acerca da morte parece estar associada ao uso de estratégias de *coping* adaptativas. A correlação com a “Aceitação do Problema” foi positiva, mas marginalmente significativa ($r_s = .181, p = .077$). Relativamente à dimensão “Aceitação por Aproximação”, verificaram-se correlações significativas com a “Reinterpretação Cognitiva” ($r_s = .316, p = .002$), o “Suporte Instrumental” ($r_s = .234, p = .022$) e, de forma robusta, com a “Religião” ($r_s = .622, p < .001$), o que sugere uma relação clara entre uma perspetiva espiritual ou transcendental da morte e o recurso tanto à fé como ao suporte prático externo como formas de enfrentamento. Por fim, no que concerne à “Aceitação como Escape”, verificou-se uma correlação negativa e significativa com a “Reinterpretação Cognitiva” ($r_s = -.235, p = .021$), indicando que perceber a morte como

uma fuga ao sofrimento pode estar associado a uma menor tendência para reinterpretar a situação de forma construtiva, no caso dos cuidadores informais (Anexo 7).

4.2.2. Analisar a relação entre as Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e as Estratégias de *Coping* Desadaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais

Relativamente aos cuidadores formais, a dimensão “Medo” apresentou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a estratégia de *coping* desadaptativa “Negação” ($r_s = .217$; $p = .017$), indicando que quanto maior o medo face à morte, maior o recurso à negação enquanto estratégia de *coping*, nos cuidadores formais. No que diz respeito à dimensão “Evitamento”, verificaram-se correlações positivas e significativas com a “Negação” ($r_s = .295$; $p = .001$) e a “Autodistração” ($r_s = .184$; $p = .043$), sugerindo que o evitamento da morte está associado a um maior uso destas estratégias de *coping* desadaptativas para o grupo dos cuidadores formais. Os restantes valores não foram estatisticamente significativos. Nos cuidadores informais, observou-se uma correlação positiva e significativa entre a dimensão “Medo” e a estratégia de *coping* desadaptativa “Negação” ($r_s = .266$; $p = .009$), o que aponta novamente para a associação entre medo face à morte e uma maior tendência para evitar ou negar a realidade da situação. Quanto à dimensão “Evitamento”, não foram observadas correlações significativas com as estratégias de *coping* desadaptativas. Os restantes valores não foram estatisticamente significativos (Tabela 10).

Tabela 10

Correlação de Spearman entre as Dimensões Negativas da EAPAM e as Estratégias de Coping Desadaptativas do Brief COPE, dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Medo	Evitamento
	Formal / Informal	Formal / Informal
Autodistração	.045 / .131	.184 / .086
Negação	.217 / .266	.295 / .169
Uso de Substâncias	.110 / .103	.113 / -.048
Desinvestimento Comportamental	.131 / .016	.117 / .000
Autoculpabilização	-.152 / .069	.041 / -.058

Notas. r_s = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

4.2.3. Analisar a relação entre as Estratégias de *Coping* Adaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, os resultados indicaram correlações positivas e estatisticamente significativas entre o bem-estar mental e as seguintes estratégias de *coping*: a “Reinterpretação Cognitiva” ($rs = .304, p < .001$), a “Aceitação do Problema” ($rs = .224, p = .014$) e a “Religião” ($rs = .220, p = .015$). Estes resultados sugerem que a utilização destas estratégias está associada a níveis mais elevados de bem-estar mental entre os cuidadores formais. As restantes estratégias não apresentaram correlações estatisticamente significativas com o bem-estar mental, conforme se verifica na Tabela 11. Já no grupo dos cuidadores informais, observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre o bem-estar mental e as seguintes estratégias de *coping* adaptativas: a “Reinterpretação Cognitiva” ($rs = .563, p < .001$), o “Planeamento” ($rs = .383, p < .001$), o “Humor” ($rs = .415, p < .001$), a “Aceitação do Problema” ($rs = .295, p = .004$) e o “*Coping* Ativo” ($rs = .249, p = .014$). Os restantes valores não foram estatisticamente significativos (Tabela 11). De forma geral, os cuidadores informais apresentaram um número superior de correlações significativas entre estratégias de *coping* adaptativas e bem-estar mental, comparativamente aos cuidadores formais. A “Reinterpretação Cognitiva” destaca-se como a única estratégia de *coping* adaptativa com correlação em ambos os grupos, sugerindo que esta pode desempenhar um papel transversalmente importante na promoção do bem-estar mental em contextos de prestação de cuidados.

Tabela 11

Correlação de Spearman entre as Estratégias de Coping Adaptativas do Brief COPE e o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Bem-Estar Mental (WEMWBS)
	Formal / Informal
Reinterpretação Cognitiva	.304 / .563
Planeamento	.110 / .383
Aceitação do Problema	.224 / .295
Suporte Emocional	.037 / .148
Suporte Instrumental	.100 / .179
<i>Coping</i> Ativo	.136 / .249
Religião	.220 / .159
Humor	.100 / .415
Expressão Emocional	.035 / .032

Notas. rs = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

4.2.4. Analisar a relação entre as Estratégias de *Coping* Desadaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, os resultados revelaram correlações negativas estatisticamente significativas entre o bem-estar mental e as seguintes estratégias de *coping* desadaptativas: a “autoculpabilização” ($rs = -.239$; $p = .008$) e o “desinvestimento comportamental” ($rs = -.215$; $p = .018$), sugerindo que quanto maior for o uso destas estratégias, menores serão os níveis de bem-estar mental. Relativamente aos cuidadores informais, observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a “autodistração” e o bem-estar mental ($rs = .242$; $p = .017$), sugerindo que, neste grupo, a utilização desta estratégia poderá estar associada a níveis mais elevados de bem-estar mental (Tabela 12).

Tabela 12

Correlação de Spearman entre as Estratégias de Coping Desadaptativas do Brief COPE e o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Bem-Estar Mental (WEMWBS)
	Formal / Informal
Autodistração	-.074 / .242
Negação	-.153 / -.135
Uso de Substâncias	-.149 / -.189
Desinvestimento Comportamental	-.215 / -.101
Autoculpabilização	-.239 / .147

Notas. rs = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

4.2.5. Analisar a relação entre as Dimensões Positivas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No grupo dos cuidadores formais verificaram-se duas correlações estatisticamente significativas entre as atitudes positivas acerca da morte e o bem-estar mental. Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre a “aceitação neutral” e o bem-estar mental ($rs = .204$; $p = .025$), indicando que uma atitude mais neutra acerca da morte tende a associar-se a níveis mais elevados de bem-estar mental entre estes cuidadores. Por outro lado, a “aceitação como escape” revelou uma correlação negativa e significativa com o bem-estar mental ($rs = -.217$; $p = .017$). Este resultado sugere que, entre os cuidadores formais, perceber a morte como uma forma de fuga ou alívio tende a estar associada a níveis mais baixos de bem-estar

mental. Relativamente aos cuidadores informais, foram também verificadas duas correlações estatisticamente significativas. A “aceitação neutral” demonstrou uma correlação positiva e significativa com o bem-estar mental ($r_s = .431$; $p < .001$). Por outro lado, a “aceitação como escape” mostrou uma correlação negativa e significativa com o bem-estar mental ($r_s = -.331$; $p < .001$), evidenciando que, também neste grupo, interpretar a morte como forma de escape associa-se a níveis menores de bem-estar mental (Tabela 13).

Tabela 13

Correlação de Spearman entre as Dimensões Positivas da EAPAM e o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Bem-Estar Mental
	Formal / Informal
Aceitação Neutral	.204 / .431
Aceitação por Aproximação	-.095 / .139
Aceitação como Escape	-.217 / -.331

Notas. r_s = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

4.2.6. Analisar a relação entre as Dimensões Negativas das Atitudes acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No grupo dos cuidadores formais, não se observaram correlações estatisticamente significativas entre as atitudes acerca da morte (dimensões negativas) e o bem-estar mental. Já em relação aos cuidadores informais, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a dimensão “medo” e o bem-estar mental ($r_s = -.270$; $p = .008$). Este resultado indica que, quanto maior o medo da morte, menor tende a ser o bem-estar mental dos cuidadores informais. Embora a magnitude da correlação seja fraca, a significância estatística evidencia a existência de uma associação relevante neste grupo (Tabela 14).

Tabela 14

Correlação de Spearman entre as Dimensões Negativas da EAPAM e o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Bem-Estar Mental
	Formal / Informal
Medo	-.116 / -.270
Evitamento	-.029 / -.054

Notas. r_s = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

4.3. Analisar a influência das Atitudes acerca da Morte e das Estratégias de *Coping* no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No caso dos cuidadores formais, o modelo de regressão não foi estatisticamente significativo, $F(2, 118) = 2.653$, $p = .075$, explicando cerca de 4.3% da variância no bem-estar mental ($R^2 = .043$; R^2 ajustado = .027). Entre as variáveis, apenas as estratégias de *coping* apresentaram um contributo significativo ($B = .135$, $\beta = .187$; $t = 1.996$; $p = .048$), indicando que estratégias de *coping* mais adaptativas estão associadas a níveis mais elevados de bem-estar mental nos grupos dos cuidadores formais. As atitudes acerca da morte não se revelaram uma variável significativa neste grupo ($B = -.050$, $\beta = -.154$; $t = -1.642$; $p = .103$). Relativamente aos cuidadores informais, o modelo de regressão foi estatisticamente significativo, $F(2, 93) = 8.052$, $p < .001$, explicando cerca de 14.8% da variância no bem-estar mental ($R^2 = .148$; R^2 ajustado = .129). Neste grupo, as estratégias de *coping* tiveram uma influência positiva e significativa no bem-estar mental ($B = .393$, $\beta = .400$; $t = 3.989$; $p < .001$), indicando que cuidadores informais que utilizam mais estratégias de *coping* adaptativas tendem a apresentar maior bem-estar mental. Contudo, as atitudes acerca da morte não tiveram uma influência significativa ($B = -.068$, $\beta = .043$; $t = -1.595$; $p = .114$) (Tabela 15).

Tabela 15

Regressão Linear Múltipla – Influência das Atitudes acerca da Morte (EAPAM) e das Estratégias de Coping (Brief COPE) no Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variável Preditora	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal
EAPAM_total	-.050 / -.068	-.154 / .043	-1.642 / -1.595	.103 / .114
BriefCOPE_total	.135 / .393	.187 / .400	1.996 / 3.989	.048 / <.001

Nota. B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t para cada predictor; p = nível de significância; p < .05 indica a significância estatística.

4.4. Analisar como as Variáveis Sociodemográficas e Contextuais influenciam as Atitudes acerca da Morte, as Estratégias de *Coping* e o Bem-Estar Mental de forma a enriquecer a compreensão do contexto dos Cuidadores (Formais vs. Informais)

Para os cuidadores formais, a percepção do estado de saúde e o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente influenciaram de forma negativa e significativa as atitudes acerca da morte, enquanto a idade se associou de maneira positiva e significativa ao bem-estar mental. Já nos cuidadores informais, apenas a percepção do estado de saúde apresentou uma associação negativa e significativa com o bem-estar mental.

4.4.1. Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam as Atitudes acerca da Morte, dos Cuidadores Formais e Informais

Para os cuidadores formais o modelo foi estatisticamente significativo o modelo $F(4, 116) = 4.066, p = .004$, explicando aproximadamente 12.3% da variância nas atitudes acerca da morte ($R^2 = .123, R^2 \text{ ajustado} = .093$). A percepção do estado de saúde ($B = 10.167, \beta = .200, t = 2.237, p = .027$) e o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente ($B = 8.182, \beta = .247, t = 2.810, p = .006$) foram estatisticamente significativos, indicando que uma pior percepção do estado de saúde e um maior envolvimento nos cuidados ao paciente estão associados a atitudes mais negativas perante a morte. No caso dos cuidadores informais, o modelo global não se revelou estatisticamente significativo, $F(4, 91) = 1.245, p = .298$, explicando apenas 5.2% da variância nas atitudes acerca da morte ($R^2 = .052, R^2 \text{ ajustado} = .010$), o que indica um poder preditivo muito reduzido. Nenhuma das variáveis independentes se revelou um preditor significativo das atitudes acerca da morte (Anexo 8).

4.4.2. Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam o uso das Estratégias de *Coping*, dos Cuidadores Formais e Informais

A análise revelou que o modelo de regressão aplicado aos cuidadores formais não foi estatisticamente significativo, $F(4, 116) = .855, p = .494$, explicando apenas 2.9% da variância nas estratégias de *coping* utilizadas ($R^2 = .029, R^2 \text{ ajustado} = -.005$). De forma semelhante ao observado pelos cuidadores formais, o modelo estatístico aplicado aos cuidadores informais também não se revelou estatisticamente significativo $F(4, 91) = .663, p = .619$, apresentando um valor de R^2 de .028 e um $R^2 \text{ ajustado}$ de -.014 (Anexo 9).

4.4.3. Analisar se a Idade, o Estado de Saúde percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No grupo dos cuidadores formais, o modelo de regressão linear múltipla não se revelou estatisticamente significativo $F(4, 116) = 1.393, p = .241$, explicando apenas 4.6% do bem-estar mental ($R^2 = .046, R^2 \text{ ajustado} = .013$). Entre as variáveis analisadas, apenas a idade apresentou um contributo estatisticamente significativo para o modelo ($B = .141, \beta = .203, t = 2.200, p = .030$), sugerindo que, neste grupo, a idade está positivamente associada ao bem-estar mental. As restantes variáveis não se mostraram estatisticamente significativas. No caso dos cuidadores informais, o modelo de regressão revelou-se estatisticamente significativo $F(4, 91) = 6.965, p < .001$, explicando 23.4% da variância do bem-estar mental ($R^2 = .234, R^2 \text{ ajustado} = .201$). A percepção do estado de saúde foi a única variável com contributo estatisticamente significativa, apresentando uma associação negativa com o bem-estar ($B = -7.031, \beta = -.428, t = -4.437, p < .001$). Este resultado indica que uma percepção mais negativa do estado de saúde está associada a níveis mais baixos de bem-estar mental entre os cuidadores informais. As restantes variáveis não atingiram significância estatística. Em síntese, os resultados indicam que, entre os cuidadores formais, apenas a idade está positivamente associada ao bem-estar mental. Já entre os cuidadores informais, a percepção do estado de saúde surge como uma variável revelante, estando negativamente associada ao bem-estar mental (Anexo 10).

4.5. Verificar se existem diferenças nas variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e Bem-Estar Mental – tendo em conta o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais

Em relação aos cuidadores formais, o grau de escolaridade e a profissão influenciaram as atitudes perante a morte, enquanto o estado civil se associou a diferenças nas estratégias de coping e apresentou uma tendência em relação ao bem-estar mental. Nos cuidadores informais, não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas.

4.5.1. Analisar se existem diferenças nas Atitudes acerca da Morte consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, verificaram-se diferenças significativas nas atitudes acerca da morte em função do grau de escolaridade, $H(7) = 29.563$, $p < .001$ (Tabela 19). A análise *post-hoc* com correção de *Bonferroni*, revelou que, entre os cuidadores formais, as maiores diferenças ocorreram entre os indivíduos com mestrado e aqueles com licenciatura ($p < .001$; p ajustado = .011), como também aqueles com mestrado e os com ensino secundário ($p < .001$; p ajustado = .000), sugerindo que níveis mais elevados de escolaridade se associam a atitudes diferenciadas relativamente à morte (Anexo 11). Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas atitudes acerca da morte em função da profissão, $H(4) = 20.322$, $p < .001$ (Tabela 19). As comparações *post-hoc* revelaram diferenças estatisticamente significativas entre: médicos e auxiliares de saúde ($p = .002$; p ajustado = .023), médicos e outros profissionais ($p = .003$; p ajustado = .026), psicólogos e auxiliares de saúde ($p < .001$; p ajustado = .009) e psicólogos e outros profissionais ($p = .001$; p ajustado = .012) (Anexo 12). Nenhuma outra variável sociodemográfica apresentou diferenças estatisticamente significativas nas atitudes acerca da morte, e os cuidadores informais não apresentaram diferenças significativas em função de qualquer variável sociodemográfica analisada (Tabela 19).

Tabela 19

Resultados do teste Kruskal-Wallis para as Atitudes acerca da Morte (EAPAM) em função de Variáveis Sociodemográficas, por tipo de Cuidador

Variáveis	Tipo de Cuidador	<i>n</i>	<i>H (GL)</i>	<i>p</i>
Estado Civil	Formal	121	2.044	.563
	Informal	96	3.870	.276
Nacionalidade	Formal	121	3.074	.380
	Informal	96	.855	.836
Grau de Escolaridade	Formal	121	29.563	< .001
	Informal	96	12.325	.055
Profissão	Formal	121	20.322	< .001
	Informal	96	4.015	.404

Nota. n = tamanho da amostra; H = estatística do teste Kruskal-Wallis; GL = graus de liberdade; p = nível de significância; p < .05 indica a significância estatística.

4.5.2. Analisar se existem diferenças nas Estratégias de *Coping*, consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, verificaram-se diferenças significativas nas estratégias de *coping* em função do estado civil, $H(3) = 8.657, p = .034$ (Tabela 22). O teste *post-hoc* com correção de *Bonferroni* revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os cuidadores formais solteiros e os divorciados ($p = .008, p \text{ ajustado} = .048$) (Anexo 13). Nenhuma outra variável sociodemográfica (nacionalidade, grau de escolaridade, profissão) apresentou diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping*, tanto para os cuidadores formais quanto informais (Tabela 22).

Tabela 22

Resultados do teste Kruskal-Wallis para as Estratégias de Coping do Brief COPE em função de Variáveis Sociodemográficas, por tipo de Cuidador

Variáveis	Tipo de Cuidador	<i>n</i>	<i>H (GL)</i>	<i>p</i>
Estado Civil	Formal	121	8.657	.034
	Informal	96	2.002	.572
Nacionalidade	Formal	121	5.892	.117
	Informal	96	.749	.862
Grau de Escolaridade	Formal	121	5.968	.543
	Informal	96	4.155	.656
Profissão	Formal	121	3.043	.551
	Informal	96	1.826	.768

Nota. n = tamanho da amostra; H = estatística do teste Kruskal-Wallis; GL = graus de liberdade; p = nível de significância; p < .05 indica a significância estatística.

4.5.3. Analisar se o Estado civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão está associado a diferenças no Bem-estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Nos cuidadores formais, verificou-se uma tendência marginal para diferenças no bem-estar mental em função do estado civil, $H(3) = 6.855, p = .077$. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as demais variáveis sociodemográficas. nacionalidade (*H*

(3) = 1.260, $p = .739$), grau de escolaridade ($H(7) = 8.291$, $p = .308$) e profissão ($H(4) = .964$, $p = .915$). Nos cuidadores informais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas, incluindo, o estado civil ($H(3) = 1.213$, $p = .750$), nacionalidade ($H(3) = 2.845$, $p = .416$), grau de escolaridade ($H(6) = 8.639$, $p = .195$) e profissão ($H(4) = 5.512$, $p = .239$) (Tabela 24).

Tabela 24

Resultados do teste Kruskal-Wallis para o Bem-Estar Mental (WEMWBS) em função de variáveis sociodemográficas, por tipo de Cuidador

Variáveis	Tipo de Cuidador	<i>n</i>	<i>H (GL)</i>	<i>p</i>
Estado Civil	Formal	121	6.855	.077
	Informal	96	1.213	.750
Nacionalidade	Formal	121	1.260	.739
	Informal	96	2.845	.416
Grau de Escolaridade	Formal	121	8.291	.308
	Informal	96	8.639	.195
Profissão	Formal	121	.964	.915
	Informal	96	5.512	.239

Nota. n = tamanho da amostra; H = estatística do teste Kruskal-Wallis; GL = graus de liberdade; p = nível de significância; p < .05 indica a significância estatística.

4.6. Analisar a associação entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No grupo dos cuidadores formais ($n = 121$) não se verificou uma correlação significativa entre o número de elementos do agregado familiar e o bem-estar mental ($r_s = -.003$, $p = .970$). De forma semelhante, no grupo de cuidadores informais ($n = 96$), também não se observou uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($r_s = -.002$, $p = .987$). Estes resultados sugerem que, em ambos os grupos, o número de pessoas com quem o cuidador coabita não parece estar associado ao seu nível de bem-estar mental (Anexo 14).

V. CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

O presente capítulo visa discutir os resultados obtidos à luz da literatura científica já existente, tendo em consideração as semelhanças e discrepâncias encontradas entre os cuidadores formais e os informais, estando organizada de acordo com os objetivos deste estudo.

5.1. Objetivo 1: Verificar se existem diferenças significativas entre o grupo de Cuidadores Formais e Informais, relativamente às Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e o Bem-Estar Mental

5.1.1. Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais nas Atitudes acerca da Morte

Os resultados obtidos indicam que os cuidadores informais apresentam níveis mais elevados nas dimensões “Aceitação como Escape”, “Medo” e “Evitamento”, sugerindo uma maior vulnerabilidade psicológica por parte deste grupo. Estas atitudes refletem uma perceção da morte como sendo uma ameaça e uma fuga ao sofrimento. A literatura sustenta este resultado, na medida em que demonstra que os cuidadores informais experienciam maior sobrecarga a nível emocional, *stress* e sentimentos de impotência, que em grande parte se devem à ausência de formação específica e ao impacto de cuidarem de familiares próximos (Riffin et al., 2019; Oh et al., 2024). Esta proximidade afetiva acaba por intensificar a perceção da morte como uma ameaça, limitando a elaboração de representações mais ajustadas acerca da morte (Alves et al., 2019, Silva & Petry, 2021). Em contrapartida, em relação às dimensões “Aceitação Neutral” e “Aceitação por Aproximação” não foram encontradas diferenças significativas em ambos os grupos, o que pode ser indicativo de uma compreensão da morte como um fenómeno natural e inevitável. Esta tendência é descrita em estudos que demonstram que a exposição contínua à morte e ao processo de morrer pode normalizar a perceção da morte, independentemente do contexto de cuidado (Puentes-Fernández et al., 2020; Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Assim, os resultados reforçam a importância de se considerar as diferenças contextuais entre os cuidadores formais e informais relativamente às atitudes acerca da morte, pois se, por um lado, os cuidadores formais beneficiam de formação e redes de suporte institucional, os informais vivenciam a terminalidade em ambientes familiares, sem preparação e suporte, o que pode justificar a

predominância de atitudes mais negativas face à morte neste grupo.

5.1.2. Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais nas Estratégias de *Coping*

Os cuidadores informais recorreram em maior medida às estratégias de *coping* “Aceitação do Problema” e o “*Coping* Ativo” quando comparados com os cuidadores formais. Este dado contraria a literatura, que frequentemente descreve os profissionais de saúde como sendo mais propensos à utilização de estratégias adaptativas, devido à sua formação e experiência técnica (Nunes et al., 2023). Uma explicação plausível para os resultados encontrados, poderá residir na natureza da relação que é estabelecida entre os cuidadores informais e a pessoa cuidada. Isto porque, o envolvimento emocional, associado a laços familiares e a um sentido de responsabilidade, podem favorecer a adoção de estratégias orientadas para a aceitação e ação prática. Estudos anteriores confirmam que estas estratégias de *coping* funcionam como fatores protetores da saúde mental, associando-se a níveis menos elevados de *stress* e sintomas depressivos em cuidadores (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021). Para além disto, investigações recentes sugerem que os cuidadores informais, quando inseridos em contextos de elevada exigência, podem recorrer a estratégias adaptativas como forma de mitigar o impacto do desgaste emocional, ainda que sem preparação formal (Singer, Brown & Patel, 2025).

5.1.3. Diferenças entre Cuidadores Formais e Informais no Bem-Estar Mental

Verificou-se que os cuidadores formais apresentaram níveis significativamente mais elevados de bem-estar mental do que os cuidadores informais. Este resultado vai ao encontro de outras investigações, que apontam os cuidadores informais como o grupo mais vulnerável à sobrecarga, sintomatologia ansiosa e depressiva (Riffin et al., 2019; Silva & Petry, 2021; Sousa et al., 2024). Autores como Hall et al. (2022) salientam que a vulnerabilidade dos cuidadores informais decorre, em grande maioria, da ausência de suporte social, acrescida da acumulação de papéis familiares e profissionais como de cuidado. Toda esta sobreposição potencia um desgaste a nível psicológico mais acentuado, o que pode ser justificativo dos resultados encontrados no presente estudo. Em contraposição, os cuidadores formais beneficiam, em regra geral, de redes de apoio institucionais, rotinas de trabalho com delimitação clara das funções a executar, fatores esses que contribuem para um maior equilíbrio emocional (Puente-Fernández et al., 2020; Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Estes

elementos parecem funcionar como fatores protetores, uma vez que contribuem para níveis mais elevados de bem-estar. Contudo, importa referir que o bem-estar dos cuidadores formais também pode ser afetado pela exposição contínua ao sofrimento humano, uma vez que a literatura reconhece que a confrontação repetida com a terminalidade pode gerar desgaste a nível emocional e risco de *burnout* (Garrote, Siqueira & Almeida, 2024).

5.2. Objetivo 2: Analisar a associação entre as Variáveis – Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e o Bem-Estar Mental – entre Cuidadores Formais e Informais

5.2.1. Relação entre as Dimensões Positivas acerca da Morte e as Estratégias de *Coping* Adaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais

Relativamente aos cuidadores formais, verificaram-se correlações positivas entre a dimensão “Aceitação Neutral” e as estratégias de *coping* “Planeamento”, “Aceitação do Problema” e “*Coping* Ativo”. Estes resultados sugerem que a perceção da morte como fenómeno natural e inevitável se associa a uma maior tendência para recorrer ao uso de estratégias racionais e orientadas para a resolução de problemas. Estudos anteriores sustentam esta interpretação, apontando que os profissionais de saúde tendem a integrar a morte na sua prática através da racionalização e da tecnificação, o que acaba por favorecer estratégias de enfrentamento centradas na ação (Cardoso et al., 2020; Stephenson & DeLongis, 2020; (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Desta forma, quando a morte é percecionada como um fenómeno inevitável, mas ao mesmo tempo natural, os cuidadores formais aparentam ter uma maior capacidade em estruturar respostas práticas e cognitivas adequadas, o que acaba por reforçar o papel das estratégias focadas no problema (Stephenson & DeLongis, 2020).

Já em relação à dimensão “Aceitação por Aproximação” correlacionou-se significativamente com a estratégia “Religião”, o que significa que, mesmo em contextos profissionais, atribuir um significado espiritual ou transcendente à finitude, conduz ao uso da fé como estratégia de enfrentamento. Estudos indicam que a espiritualidade é um recurso fundamental, tanto para os cuidadores formais e informais, uma vez que permite atribuir sentido ao sofrimento vivenciado, reforçando a resiliência (Salbego et al., 2022; Puente-Fernández et al., 2020).

O facto de não ter havido correlações significativas entre a dimensão “Aceitação como Escape” e as estratégias de *coping* adaptativas, pode estar relacionado com o facto de

percecionar a morte como uma fuga ao sofrimento não se traduz em recursos de enfrentamento que sejam construtivos. A literatura defende que esta atitude se encontra frequentemente associada a uma maior vulnerabilidade psicológica e a sintomas depressivos (Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Neste grupo, a não associação é sugestiva de que, embora esta percepção possa existir, a mesma não se relaciona com a mobilização de estratégias de *coping* adaptativas, possivelmente pelo facto de ser contrariada pela própria racionalidade e objetividade que são exigidas pelo papel profissional que os cuidadores formais desempenham.

No caso dos cuidadores informais, a dimensão “Aceitação Neutral” apresentou correlações positivas com a “Reinterpretação Cognitiva”, o “Planeamento” e o “Humor”. Esta correlação pode sugerir que, quando os cuidadores informais encaram a morte de forma realista e equilibrada, são capazes de recorrer não apenas a estratégias racionais, como também a recursos emocionais positivos, como o humor. Estes resultados são consistentes com investigações prévias, que apontam a flexibilidade estratégica como sendo uma característica adaptativa dos cuidadores familiares, o que lhes permite reinterpretar cognitivamente a experiência, planear respostas práticas e, em simultâneo recorrer a mecanismos emocionais que aliviem a sobrecarga associada ao cuidar (Singer et al., 2025; Stephenson & DeLongis, 2020).

A correlação marginal da dimensão “Aceitação Neutral” com a estratégia de *coping* “Aceitação do Problema”, reforça a ideia de que embora presente esta estratégia pode ser menos comum em contextos informais, uma vez que a imprevisibilidade e a instabilidade do cuidar acabam por dificultar uma aceitação plena e racional (Alves et al., 2019; Oliveira et al., 2021).

Em relação à “Aceitação por Aproximação”, sabe-se que se correlacionou significativamente com a “Reinterpretação Cognitiva”, o “Suporte Social” e a “Religião”. Estes dados apontam para uma combinação entre redes de suporte, recursos cognitivos e espiritualidade, o que vai ao encontro de investigações que identificam tanto a fé como o apoio social como sendo pilares fundamentais no ajustamento emocional dos cuidadores informais (Nemcikova, Katreniakova & Nagyova, 2023; Rohmi et al., 2023). Além disto, a espiritualidade combinada com a reinterpretação cognitiva, contribui, por sua vez, para um maior ajustamento ao nível psicológico (Rohmi et al., 2023).

Por último, verificou-se uma correlação negativa entre a “Aceitação como Escape” e a “Reinterpretação Cognitiva”, reforçando a ideia de que os cuidadores informais ao percecionarem a morte como uma fuga ao sofrimento, estão a reduzir a sua capacidade de

reinterpretar a situação de forma construtiva (Santos et al., 2024).

5.2.2. Relação entre as Dimensões Negativas acerca da Morte e as Estratégias de *Coping* Desadaptativas, dos Cuidadores Formais e Informais

Tanto nos cuidadores formais como informais, o “Medo” da morte associou-se positivamente com a estratégia “Negação”. Nos cuidadores formais, observou-se ainda que o “Evitamento” da morte teve uma correlação significativa com as seguintes estratégias: “Negação” e a “Autodistração”, sugerindo que, perante a confrontação com a finitude, os cuidadores formais tentam adotar mecanismos de distanciamento e evasão cognitiva. Já no caso dos cuidadores informais, embora o “Medo” se tenha igualmente associado à “Negação”, as atitudes de evitamento não evidenciaram correlações significativas com as estratégias de *coping* desadaptativas. Estes resultados vão ao encontro de investigações recentes que demonstram que níveis elevados de ansiedade e medo perante a morte, se relacionam com maior tendência para a adoção de estratégias de evitamento e negação, frequentemente associadas a um maior sofrimento psicológico e menor adaptação a longo prazo (Santos et al., 2024). Estudos com cuidadores têm destacado, que o medo da morte parece funcionar como um fator de vulnerabilidade, que promove o uso de estratégias de *coping* desadaptativas, como a autodistração ou o desinvestimento comportamental, sobretudo em contextos profissionais com elevada exposição à morte (Alves et al., 2019; Santos et al., 2024).

Relativamente aos cuidadores informais, a ausência de correlação entre o “Evitamento” e estratégias de *coping* desadaptativas, podem refletir a influência de fatores relacionais, como os vínculos afetivos e a proximidade com a pessoa cuidada, que podem, por sua vez, atenuar o impacto do evitamento e canalizar o medo para outras formas de enfrentamento mais ajustadas. Ainda assim, a associação consistente que se verifica entre o medo e a negação em ambos os grupos, reforça a importância de serem implementados programas de intervenção que integrem a educação para a morte como também o treino de estratégias de *coping* adaptativas (Mingote et al., 2021).

5.2.3. Relação entre as Estratégias de *Coping* Adaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Tanto em relação aos cuidadores formais quanto os informais, os resultados evidenciaram uma associação positiva entre o recurso a estratégias de *coping* adaptativas e níveis mais

elevados de bem-estar mental. Entre as estratégias identificadas, a “Reinterpretação Cognitiva” destacou-se como particularmente protetora, dado que se encontra fortemente associada à resiliência e a níveis mais elevados de saúde mental. Estudos de revisão sistemática, confirmam que o uso desta estratégia contribui para a manutenção do bem-estar psicológico mesmo em situações adversas, favorecendo, por isso, a adaptação ao *stress* (Stephenson & DeLongis, 2020). Outra estratégia que se destacou foi o “humor”, estando associado a uma redução dos níveis de *stress* e a um incremento do bem-estar, funcionando como uma estratégia adaptativa em contextos de elevada exigência, como aqueles em que os cuidadores se inserem (Singer, López & Torres, 2025). No caso dos cuidadores informais, esta estratégia adquire particular importância, dado que possibilita transformar experiências de sofrimento, em momentos de alívio emocional, contribuindo dessa forma, para a perserveração do equilíbrio psicológico deste grupo. Já em relação à “Religião”, sabe-se que também surgiu como uma estratégia com impacto positivo, sobretudo nos cuidadores formais, sugerindo que a atribuição de um significado espiritual à morte pode facilitar a reorganização cognitiva e reforçar a eficácia emocional no enfrentamento da terminalidade (Salbego et al., 2022; Rohmi, Syukur & Hartati, 2023). Com base nestes resultados, pode concluir-se a importância das estratégias de *coping* na promoção e manutenção do bem-estar mental dos cuidadores, destacando-se a “Reinterpretação Cognitiva”, o “Humor” e a “Religião” como sendo recursos centrais desta amostra de cuidadores para lidarem com o desgaste emocional do cuidar.

5.2.4. Relação entre as Estratégias de *Coping* Desadaptativas e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

No caso dos cuidadores formais, foram observadas correlações negativas e significativas entre o bem-estar mental e a “Autoculpabilização” e o “Desinvestimento Comportamental”. Este resultado pode sugerir que a internalização da culpa e o afastamento emocional das tarefas de cuidado comprometem a saúde psicológica dos cuidadores formais. Estudos corroboram esta associação, mostrando que a autoculpabilização se encontra relacionada com maior incidência de depressão e ansiedade, sobretudo em contextos de luto, quando os cuidadores acabam por interpretar de forma disfuncional a sua responsabilidade sobre a condição dos pacientes. Da mesma forma, o desinvestimento comportamental também tem sido associado a níveis mais elevados de sofrimento psicológico assim como a uma deterioração da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes crónicos (Alves et al., 2019;

Santos et al., 2024).

Em relação aos cuidadores informais, verificou-se uma associação positiva entre o bem-estar mental e a “Autodistração”. Ao que parece, este resultado pode sugerir que, em determinados contextos, a distração pode funcionar como uma forma parcialmente adaptativa de *coping*, uma vez que permite que o cuidador se afaste temporariamente do foco do *stress*. Para além disto, a literatura reconhece que, quando utilizada de forma equilibrada, esta estratégia de *coping* pode servir para favorecer a regulação emocional dos cuidadores, contribuindo para a preservação do bem-estar, mesmo que não seja considerada uma estratégia de *coping* ideal a longo prazo (Silva & Petry, 2021).

5.2.5. Relação entre as Dimensões Positivas acerca da Morte e o Bem-Estar mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Verificou-se que a dimensão “Aceitação Neutral” apresentou uma correlação positiva e significativa com o bem-estar mental, em ambos os grupos de cuidadores. Este resultado sugere que encarar a morte como parte natural e inevitável do ciclo da vida favorece uma adaptação emocional mais equilibrada como também níveis mais elevados de saúde mental. A literatura confirma esta associação, apontando para o facto de que atitudes de neutralidade perante a morte estão relacionadas com um maior bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, menores índices de depressão (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021; Santos et al., 2024). Por outro lado, observou-se uma correlação negativa e significativa entre a dimensão “Aceitação como Escape” e o bem-estar mental, tanto nos cuidadores formais como informais. Este resultado pode ser indicativo de que perceber a morte como uma forma de fuga ao sofrimento, pode associar-se a estados emocionais mais frágeis. Wong, Reker & Gesser (1994), já tinham demonstrado que este tipo de atitude se relacionava positivamente com o desespero e negativamente com a felicidade. De igual forma, estudos mais atuais identificam que interpretar a morte como uma forma de escape, potencia níveis de ansiedade assim como de sofrimento psicológico (Silva & Petry, 2021; Santos et al., 2024). Em suma, os dados sugerem que, independentemente do tipo de cuidador, enfrentar a morte de forma neutral é um fator protetor do bem-estar mental, enquanto a percepção da finitude como forma de escape se constitui como um risco acrescido de vulnerabilidade emocional.

5.2.6. Relação entre as Dimensões Negativas acerca da Morte e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Relativamente aos cuidadores formais, não se verificaram correlações significativas entre as atitudes negativas acerca da morte e o bem-estar mental. Este resultado pode ser indicativo de que a formação académica, a experiência profissional e a distância emocional para com os pacientes, acaba por ser um efeito protetor neste grupo. A literatura sugere que a exposição contínua à morte pode conduzir a um processo de normalização deste fenómeno, pelo que os profissionais de saúde acabam por desenvolver estratégias de dessensibilização e objetivação, o que acaba por reduzir o impacto emocional da finitude (Puente-Fernández et al., 2020; (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Já em relação aos cuidadores informais, foi verificada uma correlação negativa e significativa entre a dimensão “Medo” e o bem-estar mental. Este resultado confirma a maior vulnerabilidade deste grupo, dado que se encontra frequentemente exposto a níveis elevados de sobrecarga emocional e escasso suporte formal. Para além disto, e de acordo com a literatura, representações ameaçadoras da morte encontram-se associadas a maiores níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e desgaste psicológico (Alves et al., 2019; Santos et al., 2024). Estudos também demonstram que o medo da morte em cuidadores familiares pode intensificar respostas de *stress* prolongado, sobretudo quando existe uma forte ligação afetiva com a pessoa a ser cuidada (Silva & Petry, 2021). Em suma, enquanto nos cuidadores formais a formação e o enquadramento institucional parecem atenuar os efeitos das atitudes negativas perante a morte, nos cuidadores informais o medo da morte emerge como um fator de risco que compromete o bem-estar mental dos mesmos.

5.3. Objetivo 3: Analisar a influência das Atitudes acerca da Morte e das Estratégias de *Coping* no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

A regressão linear múltipla evidenciou diferenças entre os grupos de cuidadores. Nos cuidadores formais, o modelo não foi estatisticamente significativo, embora as estratégias de *coping* tenham emergido como sendo uma variável positiva do bem-estar mental. Este resultado sugere que, ainda que de forma limitada, a utilização de estratégias de *coping* adaptativas pode ajudar a preservar a saúde psicológica dos profissionais de saúde. A literatura corrobora com este resultado, destacando o papel protetor das estratégias de *coping*, dando especial destaque ao *coping* ativo, ao planeamento e à reinterpretação cognitiva que atenuam os efeitos da frequente exposição ao sofrimento e à morte (Stephenson & DeLongis, 2020; Puente-Fernández et al., 2020). Contudo, e dada a reduzida variância observada em relação às estratégias de *coping*, isso pode significar a importância de outros fatores, como

por exemplo, a resiliência, as condições laborais e o suporte organizacional no bem-estar deste grupo (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021).

Em contrapartida, nos cuidadores informais o modelo foi estatisticamente significativo, explicando 14,8% da variância no bem-estar mental. Neste grupo as estratégias de *coping* tiveram uma influência robusta do bem-estar mental, pelo que acaba por reforçar a ideia de que, neste grupo, os recursos internos de enfrentamento são cruciais para que estes consigam lidar com a sobrecarga física e emocional. Estudos anteriores apontam para o facto de que os cuidadores familiares que recorrem a estratégias de *coping* adaptativas, como a aceitação do problema, o humor e a religião, apresentam níveis menores de depressão e um maior ajustamento ao nível emocional (Carvalho, Vale-Dias & Carvalho, 2023; Singer et al., 2025). Relativamente às atitudes acerca da morte, em ambos os grupos, não tiveram uma influência significativa do bem-estar mental. Este resultado pode ser sugestivo de que, embora estas atitudes reflitam crenças individuais, o seu impacto direto pode ser mediado por outras variáveis, como por exemplo, o suporte social, a intensidade dos cuidados e a própria qualidade da relação para com a pessoa em situação de dependência (Nemcikova, Katreniakova & Nagyova, 2023).

5.4. Objetivo 4: Analisar se a Idade, o Estado de Saúde Percebido, os Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e o Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente influenciam as: Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e o Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

5.4.1. Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente nas Atitudes acerca da Morte, dos Cuidadores Formais e Informais

Em relação aos cuidadores formais, verificou-se que tanto o estado de saúde como o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente foram variáveis significativas das atitudes mais negativas acerca da morte. De acordo com a literatura, profissionais que avaliam a sua saúde como mais frágil e que reportam uma maior intensidade no contacto com pacientes tendem, por sua vez, a apresentar maior vulnerabilidade ao nível psicológico, que se repercute em representações mais ameaçadoras da finitude (Puente-Fernández et al., 2020; Hall & Holtslander, 2022). Em relação aos cuidadores informais, o modelo global não se revelou

estatisticamente significativo, não tendo nenhuma das variáveis sociodemográficas e contextuais analisadas sido significativas das atitudes acerca da morte. O resultado obtido pode indicar que, neste grupo, as atitudes acerca da morte são menos influenciadas por características sociodemográficas e mais determinadas por aspetos emocionais e/ou relacionais. Por exemplo, estudos anteriores sugerem que a qualidade da relação para com a pessoa cuidada, a história de vida do cuidador e as experiências prévias de perda são tudo fatores determinantes na construção das atitudes face à terminalidade (Silva & Petry, 2021; Hovland & Mallett, 2021).

5.4.2. Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimentos nos Cuidados ao Paciente nas Estratégias de *Coping*, dos Cuidadores Formais e Informais

Em ambos os grupos, os modelos de regressão não foram estatisticamente significativos. Esta ausência de efeitos relevantes sugere que variáveis como a idade, o estado de saúde percebido, os motivos para assumir o papel de cuidador e o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente, não explicam de forma consistente o recurso às estratégias de *coping*. Este resultado é coerente com a literatura, dado que esta conceptualiza o *coping* como sendo um processo dinâmico e transacional, que depende mais de fatores situacionais como intrapessoais, do que propriamente características sociodemográficas. Como Lazarus e Folkman (1984) defendiam, a forma como um indivíduo enfrenta o *stress* resulta da interação entre as exigências do contexto e os recursos disponíveis. Assim sendo, variáveis como a resiliência, a personalidade, o suporte social e os recursos institucionais, aparentam ter um peso mais determinante na escolha das estratégias de *coping* (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Em suma, os resultados obtidos, são sugestivos de que, tanto nos cuidadores formais como nos informais, as estratégias de *coping* não são explicadas por variáveis estruturais isoladas (como as variáveis sociodemográficas), mas antes por uma combinação de fatores relacionais e contextuais.

5.4.3. Analisar a influência da Idade, do Estado de Saúde Percebido, dos Motivos para Assumir o Papel de Cuidador e do Grau de Envolvimento nos Cuidados ao Paciente no Bem-Estar Mental, dos Cuidadores Formais e Informais

Os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos. No caso dos cuidadores formais, apenas a idade teve uma influência significativa, associando-se positivamente com o bem-estar mental. O resultado obtido sugere que profissionais de saúde mais velhos podem apresentar maior ajustamento ao nível psicológico, possivelmente em virtude dos anos de experiência acumulada, que resulta no desenvolvimento da resiliência ao longo do tempo. A literatura confirma que a idade pode funcionar como um fator protetor, uma vez reduz níveis de ansiedade e promove uma maior estabilidade emocional nos profissionais de saúde expostos a contextos de elevada exigência (Alves et al., 2019; Silva & Petry, 2021; Santos et al., 2024). Já em relação aos cuidadores informais, o modelo foi estatisticamente significativo, tendo a perceção do estado de saúde emergido como a única variável com influência no bem-estar mental. Cuidadores informais que avaliam a sua saúde como frágil reportaram níveis mais baixos de bem-estar mental. Este resultado vai ao encontro de outras investigações, que mostram que uma autoavaliação negativa da saúde, se associa a maior distress psicológico como também a uma deterioração da qualidade de vida de cuidadores familiares (Riffin et al., 2019; Nemcikova, Katreniakova & Nagyova, 2023).

5.5. Objetivo 5: Avaliar se existem diferenças nas Atitudes acerca da Morte, Estratégias de *Coping* e o Bem-Estar Mental consoante o Grau de Escolaridade, a Profissão, o Estado Civil e a Nacionalidade dos Cuidadores Formais e Informais

5.5.1. Diferenças nas Atitudes acerca da Morte consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos cuidadores formais e informais

No caso dos cuidadores formais, sabe-se que foram observadas diferenças significativas nas atitudes acerca da morte em função do grau de escolaridade, mas não em relação ao estado civil e à nacionalidade. Em relação ao grau de escolaridade, verificou-se que níveis mais elevados de instrução, mais concretamente, mestrado, se associaram a atitudes mais positivas perante a finitude. Este resultado converge com estudos que apontam a formação académica como promotora de uma maior literacia em saúde e abertura à reflexão sobre a temática da morte e do processo de morrer (Cardoso, Martins & Trindade, 2020; Puente-Fernández et al., 2020). No que diz respeito à profissão, médicos e psicólogos apresentaram atitudes perante a morte distintas das dos auxiliares e outros profissionais de saúde. Enquanto

os primeiros tendem a integrar a morte como sendo um fenômeno clínico ou psicológico, apresentando uma maior capacidade reflexiva e humanizada perante este fenômeno (Silvestrin, Nunes & Braga, 2021; Garrote, Siqueira & Almeida, 2024). Por outro lado, os auxiliares, muitas vezes sem qualquer formação específica, acabam por demonstrar uma maior vulnerabilidade perante este tema e conseqüentemente, atitudes mais negativas perante a finitude. Em relação aos cuidadores informais, não se encontraram diferenças significativas, pelo que estes resultados reforçam a ideia de que, neste grupo, as atitudes acerca da morte dependem mais de outros fatores emocionais e relacionais, como a proximidade afetiva por exemplo, do que de características sociodemográficas como aquelas a serem analisadas neste estudo (Silva & Petry, 2021).

5.5.2. Diferenças nas Estratégias de *Coping* consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos cuidadores formais e informais

Nos cuidadores formais, foram verificadas diferenças significativas nas estratégias de *coping* em função do estado civil, mais concretamente, entre os cuidadores solteiros e os divorciados. O estado civil, segundo a literatura, pode influenciar os recursos de *coping* disponíveis, refletindo o papel do suporte social e familiar no enfrentamento do *stress* (Puente-Fernández et al., 2020; Silvestrin, Nunes & Braga, 2021). Sobre as restantes variáveis, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, em ambos os grupos de cuidadores. Tal resultado confirma que o *coping* é mais sensível a fatores contextuais e relacionais, do que a características sociodemográficas, como proposto pelo Modelo Transacional de *Stress* e *Coping*, de Lazarus e Folkman (1984).

5.5.3. Diferenças no Bem-Estar Mental consoante o Estado Civil, a Nacionalidade, o Grau de Escolaridade e a Profissão dos cuidadores formais e informais

Apenas em relação aos cuidadores formais, se verificou uma tendência marginal do estado civil, mas sem ter alcançado significância estatística. Estes resultados estão em linha com estudos que sugerem que o bem-estar psicológico dos cuidadores não depende de fatores sociodemográficos isolados, mas sim, de variáveis emocionais e relacionais (Ribeiro et al., 2023).

5.6. Objetivo 6: Avaliar a associação entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental dos Cuidadores Formais e Informais

Não se verificou uma associação significativa entre o número de elementos do agregado familiar e o bem-estar mental em nenhum dos grupos de cuidadores. Este resultado sugere que, mais relevante do que a coabitação é a qualidade do suporte social recebido. Estudos anteriores mostram que a mera presença física de familiares não garante que haja apoio e, em alguns casos, quanto maior for o número de coabitantes, maiores serão os conflitos e a sobrecarga do cuidador (Nemcikova, Katreniakova & Nagyova, 2023).

5.7. Limitações do Estudo e Sugestões para Estudos Futuros

Tal como em qualquer investigação, e apesar dos contributos, este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer de forma a explorar outros caminhos em investigações futuras. Primeiramente, o facto de os questionários terem sido disponibilizados em dois formatos distintos (digital e em papel), o que poderá ter comprometido a homogeneidade dos procedimentos de recolha de dados e, conseqüentemente, afetado a consistência das respostas. Além disso, a amostra foi composta exclusivamente por residentes na Área Metropolitana de Lisboa, o que limita a generalização dos resultados à população portuguesa no seu todo. Desta forma, sugere-se a realização de estudos com amostras mais amplas e geograficamente diversificadas, que incluam cuidadores de diferentes regiões do país, dado que isso permitiria uma análise mais robusta de possíveis variações nas atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* utilizadas e nos níveis de bem-estar mental, tendo em conta os distintos contextos culturais, sociais e económicos das várias zonas do território nacional. Destaca-se também a importância de estudos longitudinais, que possibilitem compreender como as atitudes acerca da morte, as estratégias de *coping* e o bem-estar mental evoluem ao longo do processo do cuidar. De sublinhar que as estratégias de *coping* foram avaliadas num único momento temporal. Embora a literatura sugira que os estilos de *coping* tendem a manter alguma estabilidade, a ausência de uma avaliação longitudinal impede a análise de possíveis alterações ou persistências dessas estratégias ao longo do tempo. Estudos futuros com um desenho longitudinal permitiriam observar a evolução do *coping* perante o desgaste associado aos cuidados contínuos, possibilitando intervenções mais eficazes e ajustadas. Para além disto, a natureza quantitativa do estudo permitiu analisar e comparar as variáveis relevantes entre os cuidadores formais e informais,

mas não possibilitou a exploração aprofundada das vivências subjetivas e das experiências pessoais dos cuidadores. Nesse sentido, a inclusão de estudos qualitativos poderia enriquecer a compreensão destes fenômenos, fornecendo perspectivas mais detalhadas sobre o impacto emocional do cuidar assim como as narrativas de vida dos cuidadores. Outra linha promissora seria explorar variáveis mediadoras ou moderadas, como por exemplo, a resiliência, a espiritualidade e a percepção do suporte social. Por último, é recomendado que estudos futuros analisem a eficácia de programas de intervenção para ambos os grupos de cuidadores, com o propósito de reforçar estratégias de *coping* adaptativas e promover a educação para a morte, permitindo traduzir a evidência empírica em benefícios práticos e de saúde pública.

5.8. Implicações Teóricas e Práticas do estudo

Os resultados deste estudo apresentam implicações relevantes a nível teórico quanto prático. Do ponto de vista teórico, contribuem para uma melhor compreensão das diferenças entre cuidadores, mostrando que as estratégias de *coping* e as atitudes acerca da morte são influenciadas, não somente por fatores sociodemográficos, mas sobretudo por dimensões relacionais, emocionais e contextuais. A constatação de que os cuidadores informais recorrem, em várias situações, a estratégias adaptativas de *coping* (como a aceitação do problema e o *coping* ativo) desafia a ideia de que apenas a formação profissional garante respostas mais ajustadas, o que acaba por reforçar a importância da proximidade afetiva como recurso. Para além disto, verificou-se que o bem-estar mental se encontra mais fortemente associado ao *coping* do que às atitudes acerca da morte, o que sugere que estas funcionam sobretudo como variáveis mediadoras, o que acaba por alargar a discussão teórica no âmbito do modelo de *stress* e *coping*. Em termos práticos, os resultados evidenciam a necessidade de se desenvolverem programas de intervenção diferenciados para os cuidadores, com especial foco no fortalecimento de estratégias de *coping* adaptativas. Estes programas devem ser criados especificamente para cuidadores de pessoas idosas, uma vez que enfrentam desafios próprios como a demência, a fragilidade e a multimorbilidade, dado que a natureza das tarefas de cuidado e o impacto emocional das mesmas variam consoante o perfil da pessoa a ser cuidada. Para ambos os grupos, a educação para a morte deve ser uma ferramenta essencial, uma vez que ajuda a reduzir atitudes negativas como o medo e o evitamento da morte, que frequentemente se associam a um grande sofrimento a nível psicológico. Criar e consolidar redes de suporte social e institucional para os cuidadores

informais é igualmente relevante, de forma a mitigar o impacto da sobrecarga emocional e física a que estes estão expostos. Relativamente aos cuidadores formais, destaca-se a importância da formação contínua em temas como a gestão emocional assim como a educação para a morte, dada a elevada exposição à terminalidade.

5.9. Conclusão

Este estudo foi crucial pois permitiu aprofundar o conhecimento sobre as diferenças entre cuidadores relativamente às atitudes acerca da morte, estratégias de *coping* e ao bem-estar mental. Os resultados mostraram que os cuidadores informais, apesar de possuírem maior vulnerabilidade a nível emocional, conseguem recorrer a estratégias de *coping* adaptativas (“Aceitação do Problema” e “*Coping* Ativo”) que parecem funcionar como fatores de proteção. Em relação aos cuidadores formais, apesar de terem revelado níveis mais elevados de bem-estar mental, não estão imunes ao impacto do contacto contínuo com a terminalidade, uma vez que a exposição contínua ao sofrimento humano pode gerar desgaste a nível emocional e risco de *burnout* e consequentemente, diminuir os níveis de bem-estar mental. De maneira geral, constatou-se que o *coping* exerce uma maior influência no bem-estar mental do que as atitudes acerca da morte, sendo por isso fundamental, investir em programas de treino de estratégias de *coping* adaptativas, nomeadamente, o planeamento, o *coping* ativo, a reinterpretação cognitiva, a aceitação do problema e o suporte social e instrumental. Além disto, fatores relacionais (qualidade do suporte familiar e social, relação com a pessoa cuidada), emocionais (resiliência, autorregulação e ansiedade perante a morte), assim como contextuais (condições laborais, carga horária, acesso a recursos de saúde e apoio institucional), desempenham um papel central, para além das variáveis sociodemográficas (a idade, o estado de saúde, os motivos para assumir o papel de cuidador, o grau de envolvimento nos cuidados ao paciente, o grau de escolaridade, a profissão, o estado civil e a nacionalidade). Em suma, os resultados obtidos reforçam a importância de se considerar a saúde mental dos cuidadores como prioridade a nível social e científico, destacando a necessidade de intervenções diferenciadas, que estejam ajustadas à realidade de cada cuidador, com vista à promoção do bem-estar mental assim como da qualidade dos cuidados prestados.

VI. REFERÊNCIAS

Abdul Rahman, H., Bani Issa, W., & Naing, L. (2021). Psychometric properties of brief-COPE inventory among nurses. *BMC nursing*, 20(1), 73.

Afonso, L. A., de Carvalho, L. L., & dos Santos Grincenkov, F. R. Atitudes de profissionais da Oncologia diante da morte: revisão sistemática Oncology professional's attitudes towards death: systematic.

Alves, B. S., de Oliveira Oliveira, A. S., dos Santos Santana, E., Chaves, R. N., dos Santos Marinho, M., & dos Reis, L. A. (2019). Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 9, 113-118.

Becerra Carrillo, N., Guasconi, M., & Barello, S. (2024, October). The impact of caregiver affiliate stigma on the psychosocial well-being of caregivers of individuals with neurodegenerative disorders: A scoping review. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 19, p. 1957). MDPI.

Cardoso, M. F. P. T., Martins, M. M. F. P. D. S., & Trindade, L. D. L. (2020). Atitudes frente a morte: olhares dos enfermeiros no meio hospitalar. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29, e20190204

Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., Pereira, V. L. S. C., Pires, R. M. F., & Santos, M. R. (2020). Atitude dos enfermeiros gestores face à morte: repercussões da pandemia por COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 5(2).

Carvalho, M. M. de, Vale-Dias, M. da L., & Carvalho, S. (2024). Psychometric properties of the Brief COPE in a sample of Portuguese adolescents / Propriedades psicométricas do Brief COPE numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 25(1), 35–44. <https://doi.org/10.15309/24psd250104>.

Carvalho, Mariana & Vale-Dias, Maria da Luz & Carvalho, Sérgio. (2024). Psychometric Properties Of The Brief Cope In A Sample Of Portuguese Adolescents.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

da Rocha, F. N., & Avellar, A. M. F. M. (2020). Dificuldades no enfrentamento da morte e do morrer por profissionais de saúde: a perspectiva da Psicologia. *Revista Mosaico*, 11(1), 63-71.

de Jesus Loureiro, L. M. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 101-108.

de Oliveira, E. B., dos Reis Martins, B., de Araujo Pacheco, S. T., Progianti, J. M., da Silva Santos, R., & Ferreira, A. R. A. (2021). Estratégias de coping de trabalhadores de enfermagem frente à morte em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 6(12), 442-454.

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66.

Dos Santos, I. P., Fernandes, I. T. G. P., De Oliveira, A. A. C., Melo, S. F. D., Do Nascimento, A. L., Leoni, E. A., ... & da Silva, J. A. (2024). Educação para a Morte: O Papel do Profissional de saúde na Comunicação de Más Notícias aos Familiares de Pacientes. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 3947-3961.

Figueiredo, S., Trigueiro, M. J., Marques, A., Almeida, R., Coelho, T., Sousa, S., ... & Simões-Silva, V. (2022). Tradução, adaptação e contributo para a validação da escala Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale para a população portuguesa.

Franco, I. D. S. M. F. (2019). Morte e luto em cuidados paliativos: vivência de profissionais de saúde. *Journal of Research Fundamental Care Online*.

Garrote, C. H. D., Siqueira, L. S., & Almeida, R. J. D. (2024). Factors associated with attitudes towards death in Medical intern students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 48, e010.

Hall, S., & Holtslander, L. (2022). Assessing the need for caregiver support in Saskatchewan, Canada: Gathering perspectives and setting priorities. *Canadian Geriatrics Journal*, 25(3), 233.

Hovland, C. A., & Mallett, C. A. (2021). Family caregivers for older persons with dementia offer recommendations to current caregivers: a qualitative investigation. *Journal of Research in Nursing*, 26(8), 796-806.

Lee, K., Tang, W., Cassidy, J., Seo, C. H., Zhao, J., & Horowitz, A. (2022). The impact of formal and informal support on emotional stress among non-co-resident caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 26(8), 1604-1612.

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Mingote, C., Corte, A., Marques, E., & Mendes, R. (2021). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Scientia*, 91-107.

Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1104250.

Nunes, C., Ayala-Nunes, L., Martins, C., Pechorro, P., Emídio, M., Ferreira, L. I., ... & Santos, R. (2023). Características psicométricas do Brief COPE numa amostra de famílias em risco psicossocial. *[RMD] Revista Multidisciplinar*, 5(1), 199-217.

Oh, E., Moon, S., Chung, D., Choi, R., & Hong, G. R. S. (2024). The moderating effect of care time on care-related characteristics and caregiver burden: differences between formal and informal caregivers of dependent older adults. *Frontiers in public health*, 12, 1354263.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório mundial da saúde mental: Transformar a saúde mental para todos*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Perfeito Paz, P., Machado Druzian, J., Gavião Mallmann Duizith, D., Rossato, K., dos Santos Silveira, C., Foggiato de Siqueira, D., & Oliveira Girardon-Perlini, N. M. (2024). Cuidadores familiares na atenção domiciliar: aspectos sociodemográficos, clínicos e de ansiedade. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 18(1).

Rodrigues, Y. F., Dutra, A. C. M., Ovellar, M. I., & Heckmann, L. T. T. M. (2021). Formação do profissional de saúde para o enfrentamento da morte e morrer.

Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M. M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., & Hueso-Montoro, C. (2020). Nursing professionals' attitudes, strategies, and care practices towards death: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 301-310.

Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15.

Ribeiro, L. E. O., Garcia, J. B. S., Machado, G. S., & Bacelar, M. (2023). CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER NO FINAL DA VIDA: SOFRIMENTO PSÍQUICO E REDUÇÃO DE BEM-ESTAR.

Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2019). Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 277-283.

Rohmi, F., Yusuf, A., Fitriyani, R., & Agustinus, H. (2023). What Benefits Might a Family Expect From Using Spiritual Coping Mechanisms When Providing Care for People With Schizophrenia? Literature Review. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231214935.

Rosenberg, M. J. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. *Attitude organization and change*, 1-14.

Salbego, C., Nietzsche, E. A., Pacheco, T. F., Cogo, S. B., dos Santos, A. O., Kohlrausch, L. F., & Ramos, T. K. (2022). Sentimentos, dificuldades e estratégias de enfrentamento da morte pela enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38).

Santos, G., Costa, L. A., Pinheiro, C. Q., Alves, W., Chubaci, R. Y. S., Gutierrez, B. A. O., ... & da Silva, T. B. L. (2024). O perfil sociodemográfico de cuidadores de pessoas com demência: uma revisão integrativa. *KAIRÓS-GERONTOLOGIA*, 27(3).

Silva, A. R., & Petry, S. (2021). As experiências de cuidadores informais de pacientes em tratamento oncológico paliativo: uma revisão integrativa. *Ciênc. cuid. saúde*, e55978-e55978.

Silva, L. D. M., RESENDE, M. C. D., & Andrade, R. Z. (2019). Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. *Perspectivas em Psicologia*, 23(1), 213-235.

Silvestrin, F., Nunes, T. N., & de Moraes Braga, L. R. (2021). Cuidado de pacientes em final de vida: o que profissionais de enfermagem expressam sobre. *Psicologia e Saúde em debate*, 7(1), 343-361.

Singer, H., Clarke, E. B., Schiltz, H. K., & Lord, C. (2025). Caregivers and Coping: Well-Being, Depression, and Coping Strategies Among Caregivers of Young Adults With Developmental Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 130(1), 41-62.

Sousa, C., Ferreira, L. F. B. M., Pires, P. M. R. P., Soares, M. D. C. A. R., & da Costa, I. M. A. R. (2024). Literacia em saúde dos cuidadores para cuidar em contexto familiar. *Motricidade*, 20(1), 87-93.

Stephenson, E., & DeLongis, A. (2020). Coping strategies. *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 55-60.

VII. ANEXOS

ANEXO 1_ Consentimento Informado



Eu, Carolina Fernandes de Barros Mendes, solicito a sua participação numa investigação no âmbito da Unidade Curricular – Seminário de Dissertação, lecionada pela Professora Doutora Sofia Von Humboldt, inerente ao Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário. O presente estudo tem como objetivo verificar se existem diferenças significativas entre o grupo de cuidadores formais e o grupo de cuidadores informais, relativamente às atitudes perante a morte, estratégias de coping e aos níveis de bem-estar psicológico.

O participante:

Compreendo que não existem riscos previstos neste estudo e estou ciente de que os resultados da pesquisa podem ser publicados, mas que a minha identificação não será revelada. Para manter a confidencialidade das respostas dadas, somente o investigador terá acesso aos meus dados. Fui informado de que a minha participação é voluntária pelo que não haverá remuneração pela mesma.

Declaro que li todas as informações nesta declaração. Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar o meu consentimento e interromper a minha participação.

Aceita participar neste estudo?

Sim

Não

Em caso de dúvida, pode contactar o investigador através do e-mail:
31549@alunos.ispa.pt

ANEXO 2_ Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Qual a sua idade? _____
2. Qual o seu sexo?
Masculino
Feminino
Prefiro não dizer
3. Qual o seu estado civil?
Solteiro(a)
Casado(a)/União de facto
Viúvo(a)
Divorciado(a)
4. Qual a sua nacionalidade? _____
5. Qual a sua área de residência?
Urbana
Rural
Mista
6. Qual foi o grau de escolaridade que completou?
< 4º ano
4º ano
6º ano
9º ano
Secundário
Curso técnico

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

7. Qual a sua profissão?

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Psicólogo(a)

Auxiliar de saúde

Outro

8. Número de elementos do seu agregado familiar? _____

9. Um Cuidador Formal é aquele que tem formação na área da saúde e é pago por exercer as suas funções. Já o Cuidador Informal, estabelece um grau de parentesco com o doente, oferecendo assistência sem ter qualquer tipo de formação na área da saúde. Muitas das vezes, o Cuidador Informal não recebe nenhuma compensação monetária pelo cuidado que presta. Por favor, indique que tipo de cuidador você é.

Cuidador Formal

Cuidador Informal

10. Tem alguma formação sobre a temática da morte, luto e/ou Cuidados

Paliativos?

Sim

Não

11. Que motivos o levaram a assumir o papel de cuidador?

Afinidade

Obrigação

Gratidão

12. Como considera o seu estado de saúde neste momento?

Bom

Razoável

Mau

13. Até que ponto está envolvido nos cuidados   pessoa que está doente?

Muito

Moderadamente

Pouco

Nada

Se   Cuidador Formal, por favor, passe para o questionário seguinte da Escala de Avalia o do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM).

14. Vive com a pessoa que está doente?

Sim

Não

15. Tem algum grau de parentesco com a pessoa que está doente?

Sim

Não

16. Se respondeu "sim", indique qual é o grau de parentesco da pessoa que está doente

(ele/a é seu...)?

Cônjuge/companheiro

Pai/Mãe

Filho/Filha

Irmão/Irmã

Avô/Avó

Tio/Tia

Sogra/Sogra

Genro/Nora

17. Qual é a idade da pessoa que está doente? _____

18. Qual é o sexo da pessoa que está doente?

Masculino

Feminino

19. Onde é que o seu familiar está a ser cuidado?

Domicílio

Hospital

Lar

Clínica

20. Qual é a doença?

Doença oncológica (câncer)

Doença Psiquiátrica ou Neurológica

Insuficiência de órgão (doença cardiovascular, renal ou pulmonar, etc.)

ANEXO 3_Escala de Avaliação do Perfil das Atitudes acerca da Morte (EAPAM)

Death Attitude Profile - Revised (DAP - R) - (WONG, P.; REKER, G.; GESSER, T., 1994); Versão Portuguesa (LOUREIRO, L., 2008)

São apresentadas agora afirmações relativas à morte. Solicita-se que leia cada uma delas e a seguir assinale na grelha a sua opinião colocando um cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião.

	Discordo Completa -mente	Discordo	Discordo Moderada -mente	Nem concordo nem discordo	Concordo Moderada -mente	Concordo	Concordo Completa -mente
1. A morte é sem dúvida uma experiência cruel	1	2	3	4	5	6	7
2. A perspetiva da minha própria morte provoca-me ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
3. Evito a todo o custo pensamentos relacionados com a morte	1	2	3	4	5	6	7
4. Acredito que depois de morrer irei para o céu	1	2	3	4	5	6	7
5. A morte traz um fim para todos os meus problemas	1	2	3	4	5	6	7
6. A morte deve ser vista como um acontecimento natural, inegável e inevitável	1	2	3	4	5	6	7
7. Incomodo-me com a finalidade da morte	1	2	3	4	5	6	7
8. A morte é a entrada num lugar último de satisfação	1	2	3	4	5	6	7
9. A morte providencia um escape para este mundo terrível	1	2	3	4	5	6	7
10. Sempre que um pensamento relacionado com a morte me vem à cabeça tento afastá-lo a todo o custo	1	2	3	4	5	6	7
11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento	1	2	3	4	5	6	7
12. Tento sempre não pensar na morte	1	2	3	4	5	6	7
13. Acredito que o céu será um lugar muito melhor do que este mundo	1	2	3	4	5	6	7
14. A morte é um aspeto natural da vida	1	2	3	4	5	6	7
15. A morte é a união com Deus e a felicidade eterna	1	2	3	4	5	6	7
16. A morte traz a promessa de uma vida nova e gloriosa	1	2	3	4	5	6	7

17. Eu não temo a morte nem a desejo	1	2	3	4	5	6	7
18. Tenho um intenso medo da morte	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo Completa -mente	Discordo	Discordo Moderada -mente	Nem concordo nem discordo	Concordo Moderada -mente	Concordo	Concordo Completa -mente
19. Evito a todo o custo pensar acerca da morte	1	2	3	4	5	6	7
20. O assunto da vida depois da morte perturba-me muito	1	2	3	4	5	6	7
21. Assusta-me o facto de a morte significar o fim de tudo o que eu conheço	1	2	3	4	5	6	7
22. Olho para o futuro, depois da morte, como a reunião com as pessoas que amei	1	2	3	4	5	6	7
23. Vejo a morte como um alívio para o sofrimento terreno	1	2	3	4	5	6	7
24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida	1	2	3	4	5	6	7
25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e santo	1	2	3	4	5	6	7
26. Tento não fazer nada que esteja relacionado com o assunto da morte	1	2	3	4	5	6	7
27. A morte oferece uma maravilhosa libertação da alma	1	2	3	4	5	6	7
28. Uma coisa que me dá conforto face à morte são as minhas crenças	1	2	3	4	5	6	7
29. Vejo a morte como alívio do fardo desta vida	1	2	3	4	5	6	7
30. A morte não é boa nem má	1	2	3	4	5	6	7
31. Olho antecipadamente para a vida depois da morte	1	2	3	4	5	6	7
32. Preocupa-me a incerteza de nada saber ao que acontece depois da morte	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4_Coping Orientation to Problems Experienced Inventory – *Brief COPE*

- 0-nunca faço isto
 1-faço isto por vezes
 2-em média é isto que faço
 3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				

12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15

ANEXO 5_Escala de Bem-estar Mental de *Warwick-Edinburgh (WEMWBS)*

Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Abaixo estão algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos

Por favor assinale (✓) a opção que melhor descreve a forma como experienciou cada uma nas **duas últimas semanas**

Afirmações	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro					
Tenho-me sentido útil					
Tenho-me sentido relaxado					
Tenho-me sentido interessado noutras pessoas					
Tenho tido energia de sobra					
Tenho lidado bem com os problemas					
Tenho pensado com clareza					
Tenho-me sentido bem comigo mesmo					
Tenho-me sentido próximo de outras pessoas					
Tenho-me sentido confiante					
Tenho sido capaz de tomar as minhas próprias decisões					
Tenho-me sentido amado					
Tenho-me interessado por coisas novas					
Tenho-me sentido alegre					

Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, Versão Portuguesa por LabRP, ESS|P.Porto, 2018.

ANEXO 6

Tabela 6

Resultados do Teste U de Mann-Whitney para as Estratégias de Coping, dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Grupos	n	PM	U	Z	p
Planeamento	CF	121	105.00	6292.00	1.08	.281
	CI	96	114.04			
Reinterpretação Cognitiva	CF	121	112.21	5420.00	- .86	.388
	CI	96	104.96			
Aceitação do Problema	CF	121	97.58	7190.00	3.10	.002
	CI	96	123.40			
Suporte Emocional	CF	121	105.97	6175.00	.82	.414
	CI	96	112.82			
Suporte Instrumental	CF	121	106.29	6136.00	.73	.465
	CI	96	112.42			
Coping Ativo	CF	121	94.16	7603.50	4.02	< .001
	CI	96	127.70			
Religião	CF	121	115.26	5050.50	-1.67	.095
	CI	96	101.11			
Humor	CF	121	114.64	5125.00	-1.52	.129
	CI	96	101.89			
Expressão Emocional	CF	121	109.35	5765.50	-.095	.924
	CI	96	108.56			
Autodistração	CF	121	113.84	5222.00	-1.31	.190
	CI	96	102.90			
Negação	CF	121	104.48	6355.50	1.25	.213
	CI	96	114.70			

Uso de Substâncias	CF	121	105.17	6272.00	1.66	.093
	CI	96	113.83			
Desinvestimento Comportamental	CF	121	105.61	6218.00	.993	.321
	CI	96	113.27			
Autoculpabilização	CF	121	110.09	5676.50	-.296	.767
	CI	96	107.63			

Notas. n = tamanho da amostra; PM = posto médio; U = estatística de Mann-Whitney; Z = valor padrozinado; p = nível de significância; p < .05 indica a significância estatística.

ANEXO 7

Tabela 9

Correlação de Spearman entre Dimensões Positivas da EAPAM e Estratégias de Coping Adaptativas do Brief COPE, dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis	Aceitação Neutral	Aceitação por Aproximação	Aceitação como Escape
	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal
Reinterpretação Cognitiva	.162 / .243	- .006 / .316	- .042 / - .235
Planeamento	.239 / .228	- .183 / .182	- .066 / - .177
Aceitação do Problema	.391 / .181	- .014 / .028	- .026 / .129
Suporte Emocional	.035 / .055	.015 / .010	.023 / - .084
Suporte Instrumental	- .055 / .035	.051 / .234	- .005 / .074
Coping Ativo	.243 / .152	- .048 / .140	.011 / - .138
Religião	- .002 / .028	.471 / .622	.066 / .172
Humor	.080 / .211	- .066 / .063	.036 / - .163
Expressão Emocional	.087 / - .011	.113 / .063	.031 / - .029

Notas. rs = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra.

ANEXO 8

Tabela 16

Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam as Atitudes acerca da Morte (EAPAM), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis Independentes	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal
Idade	.201 / - .341	.093 / - .216	1.057 / - 1.938	.293 / .056
Estado de Saúde Percebido	10.167 / 6.059	.200 / .157	2.237 / 1.462	.027 / .147
Motivos para assumir o papel de Cuidador	.785 / .070	.025 / .002	.285 / .024	.776 / .981
Grau de envolvimento ao Paciente	8.182 / - 2.177	.247 / - .064	2.810 / - .583	.006 / .561

Nota. B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t para cada preditor; p < .05 indica a significância estatística.

ANEXO 9

Tabela 17

Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam as Estratégias de Coping (Brief COPE), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis Independentes	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal
Idade	.081 / -.086	.084 / -.126	.907 / - 1.114	.366 / .268
Estado de Saúde Percebido	.538 / 1.330	.024 / .080	.252 / .733	.801 / .465
Motivos para assumir o papel de Cuidador	1.929 / .658	.140 / .053	1.494 / .510	.138 / .611
Grau de envolvimento nos Cuidados ao Paciente	- .225 / .993	- .015 / .067	- .165 / .608	.869 / .545

Nota. B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t para cada preditor; p < .05 indica a significância estatística.

ANEXO 10

Tabela 18

Regressão Linear Múltipla para as variáveis que influenciam o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

Variáveis Independentes	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal	Formal / Informal
Idade	.141 / .121	.203 / .180	2.200 / 1.792	.030 / .077
Estado de Saúde Percebido	- 1.581 / -7.031	- .096 / - .428	-1.032 / - 4.437	.304 / < .001
Motivos para assumir o papel de Cuidador	- .263 / - 1.757	- .026 / - .143	- .284 / - 1.559	.777 / .122
Grau de envolvimento nos Cuidados ao Paciente	.370 / 2.351	.035 / .162	.377 / 1.647	.707 / .103

Nota. B = coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; $p < .05$ indica a significância estatística.

ANEXO 11

Tabela 20

Comparações múltiplas (post-hoc) com correção de Bonferroni para o Grau de Escolaridade – Cuidadores Formais

Comparação	Estatística do Teste	<i>p</i>	<i>p ajustado</i>
Mestrado – Doutorado	-10.040	.697	1.000
Mestrado – Curso Técnico	27.200	.006	.171
Mestrado – 9º Ano	30.103	.035	.968
Mestrado – Licenciatura	32.790	< .001	.011
Mestrado – Secundário	46.660	< .001	.000
Mestrado – 6º Ano	83.540	.019	.546
Mestrado – 4º Ano	87.040	.015	.418

Nota. $p = p < .05$ indica a significância estatística; p ajustado com correção de Bonferroni.

ANEXO 12

Tabela 21

Comparações múltiplas (post-hoc) com correção de Bonferroni para a Profissão – Cuidadores Formais

Comparação	Estatística do Teste	<i>p</i>	<i>p</i> ajustado
Médico(a) – Psicólogo(a)	- 5.571	.738	1.000
Médico(a) – Enfermeiro(a)	- 32.217	.032	.324
Médico(a) – Auxiliar de Saúde	- 43.249	.002	.023
Médico(a) – Outro	- 44.255	.003	.026
Psicólogo(a) – Enfermeiro(a)	26.646	.032	.316
Psicólogo(a) – Auxiliar de Saúde	- 37.677	< .001	.009
Psicólogo(a) – Outro	- 38.683	.001	.012
Enfermeiro(a) – Auxiliar de Saúde	- 11.031	.208	1.000
Enfermeiro(a) - Outro	- 12.038	.210	1.000

Nota. $p = p < .05$ indica a significância estatística; p ajustado com correção de Bonferroni.

ANEXO 13

Tabela 23

Comparações múltiplas (post-hoc) com correção de Bonferroni para o Estado Civil – Cuidadores Formais

Comparação	Estatística do Teste	<i>p</i>	<i>p ajustado</i>
Viúvo(a) – Solteiro(a)	6.975	.738	1.000
Viúvo(a) – Casado(a)/União de facto	20.747	.319	1.000
Viúvo(a) – Divorciado(a)	- 31.858	.142	.852
Solteiro(a) – Casado(a)/União de facto	-13.772	.052	.313
Solteiro(a) – Divorciado(a)	- 24.884	.008	.048
Casado(a)/União de facto – Divorciado(a)	- 11.112	.228	1.000

Nota. n = tamanho da amostra; H = estatística do teste Kruskal-Wallis; GL = graus de liberdade; $p < .05$ indica a significância estatística.

ANEXO 14

Tabela 25

Correlação de Spearman entre o Número de Elementos do Agregado Familiar e o Bem-Estar Mental (WEMWBS), dos Cuidadores Formais e Informais

	Variáveis	<i>n</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
cuidadores formais	Número de elementos do agregado familiar x WEMWBS_total	121	- .003	.970
cuidadores informais	Número de elementos do agregado familiar x WEMWBS_total	96	- .002	.987

Nota. rs = coeficiente de correlação de Spearman; n = tamanho da amostra; p < .05 indica a significância estatística; WEMWBS = escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburgh.