



Relações de Cuidado:

Sobrecarga no cuidador informal, coesão e
flexibilidade familiar na doença de Alzheimer.

Carina Daniela Santos Jordão

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Tese submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialização em Psicologia Clínica

2012/ 2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

O meu agradecimento é para todos aqueles que acreditaram e que me ajudaram a acreditar na realização desta dissertação, que representa a conclusão de um único e irrepetível percurso académico.

À minha orientadora Dra Maria Gouveia-Pereira pela orientação prestada;

Aos meus pais, pela possibilidade e aposta na minha formação;

A todas os amigos que fiz ao longo destes cinco anos de curso, os que conheci e viveram comigo os três anos da licenciatura na *Universidade de Évora* e aos que conheci no *ISPA* e que me ajudaram a conhecer Lisboa.

Às amigas de sempre e ao meu irmão pelo apoio em vários momentos ao longo deste percurso.

Ao Eduardo, pela infindável e carinhosa paciência.

A todos os cuidadores informais presentes no estudo e às instituições que tornaram possível o acesso aos mesmos.

A todos os referidos, o meu obrigado.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer e explorar o funcionamento familiar destes, antes e depois, do aparecimento da doença.

Para tal, foi aplicado, a 91 cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer, os questionários de sobrecarga do cuidador informal (QASCI) (Martins, Ribeiro & Garrett, 2006) e a Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV) (Olson, 2011).

A análise dos resultados demonstrou que a maioria dos cuidadores informais são do sexo feminino e filhas dos doentes, sendo que a maioria dispõe de apoio formal para lidar com a situação do familiar. Foram encontrados efeitos de interação em duas das dimensões do questionário de sobrecarga do cuidador informal bem como efeitos principais em todas as dimensões do instrumento. No que concerne à duração dos cuidados prestados, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas pelo que não podemos afirmar que o tempo como cuidador se relaciona com a sobrecarga física, emocional e social. Além disto, os resultados sugeriram efeitos de interação numa das dimensões da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar e efeitos principais em todas as dimensões da mesma. As conclusões e limitações do estudo são apresentadas e discutidas.

Palavras-chave: Cuidadores Informais, Doença de Alzheimer, Sobrecarga, Coesão Familiar, Flexibilidade Familiar.

Abstract

This study aims to evaluate the physical, emotional, and social burden of informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease as well as explore how their families function, before and after the emergence of the disease.

For these purposes the Assessment Questionnaire of Caregiver Burden (QASCI) (Martins, Ribeiro & Garrett, 2006) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-IV) (Olson, 2011), were applied to 91 ICs of elderly people with Alzheimer's Disease.

The results suggest that most of the informal caregivers are female and daughters of the sick elderly person they attend to, most of them having access to formal support in dealing with their family situation. Effects of interaction were found in two dimensions of questionnaire of caregiver burden as well as main effects in all dimensions. About the duration of care giving, there were no statistically significant differences, which prevent us from alleging that the time spent as an informal caregiver relates to physical, emotional, and social burden. Furthermore, the results suggest interaction effects in one of the dimensions of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale and main effects in all of the scales' dimensions. The study's conclusions as well as its limitations are presented and discussed.

Key Words: Informal Caregivers, Alzheimer's Disease, Caregiver Burden, Cohesion and Flexibility.

Índice

Introdução	1
1. Envelhecimento Humano.....	2
2. Demência.....	4
3. Doença de Alzheimer.....	6
4. Cuidar e relações de cuidado.....	9
5. Dinâmicas familiares e a Doença de Alzheimer.....	11
6. Sobrecarga no Cuidador Informal.....	14
7. Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares	18
7.1.Coesão Familiar.....	18
7.2.Flexibilidade Familiar.....	19
7.3.Comunicação Familiar.....	20
7.4.Famílias com idosos dependentes.....	20
8. Problemática, Objectivos e Hipóteses.....	22
Método	23
1. Delineamento.....	23
2. Participantes.....	23
3. Instrumentos.....	26
3.1 Questionário Sócio-Demográfico.....	26
3.2 QASCI- Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal...	26
3.3 Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar.....	28
4. Procedimento.....	30
Resultados	31
1. “Quem são os cuidadores informais?”.....	31
2. Análise Descritiva.....	32
2.1 Análise descritiva da dimensão Sobrecarga.....	32
2.2 Análise descritiva dos Rácios do Modelo Circumplexo.....	34
2.3 Resultados relativos às hipóteses.....	37
Discussão	46
1. Percepção de Sobrecarga em função do sexo e apoio formal.....	46

2. Percepção de Sobrecarga e duração de cuidados.....	48
3. Funcionamento Familiar Antes e Depois do aparecimento da Doença de Alzheimer em função do sexo do cuidador.....	49
4. Considerações Finais.....	51
Referências Bibliográfica.....	53

Anexos: Os anexos e o respectivo índice encontram-se em suporte CD.

Índice de Tabelas

Tabela 1: Relação de parentesco com o doente.....	24
Tabela 2:Residência com o doente	24
Tabela 3: Estatuto Profissional do cuidador informal.....	25
Tabela 4: Apoio Formal.....	26
Tabela 5: Análise de Fidelidade das Subescalas do Instrumento FACES IV (Antes da Doença de Alzheimer.....	29
Tabela 6: Análise de Fidelidade das Subescalas do Instrumento FACES IV (Depois da Doença de Alzheimer.....	29
Tabela 7: Análise descritiva da variável sobrecarga.....	33
Tabela 8: Correlação das dimensões do QASCI.....	34
Tabela 9: Análise descritiva dos Rácios do Modelo Circumplexo.....	35
Tabela 10: Frequências dos Rácios do Modelo Circumplexo relativamente ao “momento antes da doença”.....	36
Tabela 11: Frequências dos Rácios do Modelo Circumplexo relativamente ao “momento depois da doença”.....	36
Tabela 12: Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e apoio na dimensão sobrecarga emocional.....	39
Tabela 13: Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e apoio na dimensão sobrecarga financeira.....	40

Tabela 14: Médias dos sujeitos nos efeitos principais a nível das variáveis “menos de 1 ano” “entre 1 a 5 anos” e “mais de 5 anos” relativamente à duração de cuidados.....	41
Tabela 15: Médias dos sujeitos no efeito principal da variável sexo relativamente à dimensão funcionamento familiar antes da Doença de Alzheimer.....	42
Tabela 16: Médias dos sujeitos no efeito principal da variável sexo relativamente à dimensão funcionamento familiar antes da Doença de Alzheimer depois da Doença de Alzheimer.....	43
Tabela 17: Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e momento antes e depois da doença relativamente à dimensão coesão familiar.....	43
Tabela 18: Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável sexo relativamente à dimensão flexibilidade familiar antes da Doença de Alzheimer.....	44
Tabela 19: Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável sexo relativamente à dimensão flexibilidade familiar depois da Doença de Alzheimer.....	44
Tabela 20: Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável momento relativamente à dimensão flexibilidade familiar.....	45

Índice de Figuras

Figura 1: Estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011.....	3
Figura 2: Estrutura etária da população por sexo (%)......	3
Figura 3: Índice de Envelhecimento	3
Figura 4: Género dos cuidadores informais.....	23
Figura 5: Escalões etários dos cuidadores.....	24
Figura 6: Estado Civil dos cuidadores.....	25
Figura 7: Habilitações académicas dos cuidadores.....	25
Figura 8: Duração de Cuidados.....	26
Figura 9: Sobrecarga dos cuidadores.....	33
Figura 10: Sobrecarga: médias dos cuidadores femininos e masculinos.....	37
Figura 11: Sobrecarga: médias dos cuidadores com apoio e sem apoio formal.....	38

Introdução

Numa sociedade em que o crescimento da população de idosos ocorre a um nível sem precedentes, a Doença de Alzheimer assume contornos de problema de saúde pública. A evolução da doença conduz, inevitavelmente, a um declínio das funções cognitivas e à progressiva perda de autonomia, pelo que, a assistência ao doente tende a aumentar e o papel do cuidador torna-se imprescindível.

Os cuidados são realizados, na sua maioria, pelos familiares dos próprios doentes, sendo que o desempenho de cuidador informal interfere com vários aspectos da vida de quem cuida. A sobrecarga, segundo Martins, Ribeiro & Garrett (2003) é uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à percepção subjectiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador, e tem sido estudada associada aos cuidados na demência.

Quando a Doença de Alzheimer atinge um elemento da família, todo o sistema familiar é, igualmente afectado, pondo em causa a homeostasia familiar, que para ser atingida necessita de reavaliações e adaptações constantes (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009). As famílias com um elemento dependente devem aos poucos modificar as suas regras de funcionamento, tentando organizar-se perante os desafios que a situação impõe (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009). Neste sentido, o objectivo geral deste trabalho é conhecer as alterações físicas, emocionais, sociais e familiares que ocorrem com os cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer e suas famílias, mais concretamente verificar a existência de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais e conhecer o nível de funcionalidade/disfuncionalidade do seu sistema familiar, antes e depois do aparecimento da doença.

1. Envelhecimento Humano

Nunca na História da Humanidade, tantas pessoas viveram tanto tempo. Nas últimas décadas, a população com mais de 65 anos de idade aumentou consideravelmente dando origem a um novo campo de reflexão, investigação e intervenção. Tal como acontece noutras etapas do ciclo de vida, a velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições, cada uma reunindo em si mesmo riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico de cada indivíduo (Fonseca, 2005). O envelhecimento, segundo Paúl & Fonseca (1999) é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, bem como um processo psicológico e social. Com o passar dos anos, alterações funcionais e de papéis sociais ocorrem exigindo uma adaptação contínua e procura de novos equilíbrios internos e externos. O autor Fontaine (2000), refere que o envelhecimento se define como um conjunto de processos que ocorrem no organismo após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento, pode entender-se portanto como um processo complexo que resulta da interacção entre os factores biológicos, psicológicos e sociais e deve ser encarado como um processo multidimensional e multidireccional que engloba um delicado equilíbrio entre vantagens e limitações.

O interesse da Psicologia sobre a velhice é relativamente recente e o estudo da Gerontologia só ocorre no final dos anos 50 em resposta ao rápido aumento do número de pessoas idosas. Actualmente, com a sociedade cada vez mais envelhecida, é imperativo atender às necessidades de apoio a esta população e devem ser constituídas como uma área prioritária nas políticas sociais.

Os idosos constituem o grupo da população que se encontra em maior crescimento, com o significativo avanço tecnológico para o cuidado e a saúde, as mudanças demográficas e epidemiológicas encontram-se presentes a nível mundial (Ocampo, Herrera, Torres, Rodriguez, Lisboa & Garcia, 2007). Em Portugal, de acordo com os Censos realizados em 2011, a estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Diminuiu a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alargou-se o topo com o crescimento da população idosa. Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no

total da população visto que a população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 passando a representar 14% em 2011 como se pode verificar na figura 1. Assiste-se na última década, a um agravamento do fosso entre jovens e idosos, cuja percentagem de jovens recua de 16% em 2001 para 15% em 2011 e a população idosa assume o movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 (figura 2). Por fim, e como se pode visualizar no anexo, figura 3, o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há, actualmente, 128 idosos. (INE, Censos, 2011)

Figura 1 - *Estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011 (Censos, 2011)*

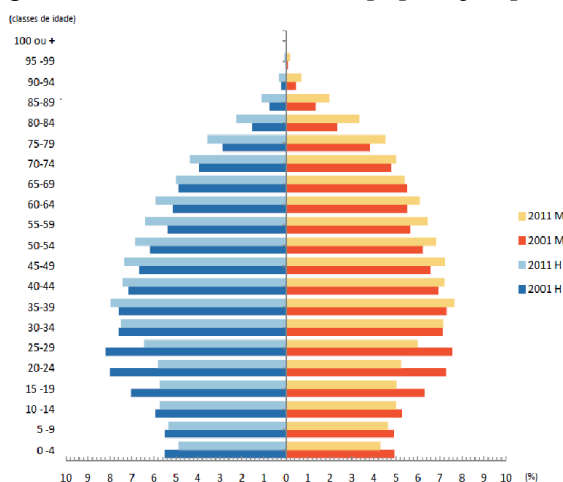


Figura 2- *Estrutura etária da população por sexo (%) (Censos, 2011)*

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Jovens						
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,99	15,93	13,93
Idosos						
Portugal	16,35	14,16	10,40	19,03	16,69	21,17

Figura 3- *Índice de Envelhecimento (Censos, 2011)*

$$\left(\frac{\text{População com 65 ou mais anos}}{\text{População 0 - 14 anos}} \right) \times 100$$

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

2. Demência

Os efeitos do envelhecimento não são homogêneos, visto que algumas pessoas mostram-se resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho com a idade, ao passo que outras, declinam ao sofrer um processo demencial. Os autores Laks & Engelhardt (2010) sugerem que a principal consequência do envelhecimento populacional é efectivamente o aumento significativo de doenças crónico-degenerativas, dentre delas as síndromes demenciais. A prevalência média de demência acima dos 65 anos de idade varia entre 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa (Lopes & Bottino, 2002 cit in Fornari, Garcia, Hilbig & Fernandez, 2010). A demência passou a ser considerada um importante problema clínico cuja prevalência duplica a cada 5 anos a partir dos 60 anos de idade, sendo estimada em 1% de indivíduos entre 60 a 65 anos e acima de 30% depois dos 80 anos de idade, concluindo-se que a idade é um factor fundamental associado à manifestação de quadro demencial (Teixeira & Cardoso, 2005). Em Portugal, os resultados de um estudo epidemiológico efectuado no Norte do país, referem a existência de 2,7% de demência entre indivíduos dos 55 aos 79 anos (Nunes, Silva, Cruz, Roriz, Pais & Silva, 2010)

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações bio-fisiológicas, uma maior vulnerabilidade e como referido anteriormente, uma maior incidência de manifestações patológicas como as diversas formas de demência (Pereira & Filgueiras, 2009). Do latim, *dementia*, o termo demência significa perda das capacidades, tendo sido iniciada a sua classificação nosológica e conceptual no período greco-romano, onde diversas figuras históricas da época, como Platão, Hipócrates e Galeno, defendiam a ideia de deterioração cognitiva associada à idade. No entanto, o termo demência foi apenas reconhecido em 1789 por Pinel começando a ser alvo de estudo. Nos finais do século XX, a definição de demência torna-se mais específica com a contribuição de Kraepelin quando o autor distingue as psicoses funcionais e as formas de imbecilidade, congénita e adquirida. São muitos os autores que contribuíram para a explicação deste fenómeno, nomeadamente Alois Alzheimer ao descrever o quadro clínico de “Doença de Alzheimer”, James Parkinson, Pick ou Friedrich Lewy que ao descreverem novas manifestações clínicas de demência, deram origem às hoje reconhecidas “Doença de Parkinson”, e “Demência com corpos de Lewy” (Valete, 2006).

Segundo a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) da *American Psychiatric Association*, a definição de demência pressupõe a presença de declínio de memória associado ao déficite de pelo menos uma outra função

cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. Na literatura encontram-se inúmeras classificações propostas para as síndromes demenciais. Uma classificação comumente adotada é a que distingue dois grupos: o grupo das demências degenerativas (ou primárias), o qual inclui a Doença de Alzheimer, a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Fronto-temporal, entre outras; e o grupo das demências não-degenerativas (ou secundárias), o qual abrange inúmeros subtipos, destacando-se a Demência Vascular, as Demências Priônicas, as Demências Hidrocefálicas, as Demências por lesões expansivas intracranianas e as Demências Toxicometabólicas (Fornari, Garcia, Hilbig & Fernandez, 2010).

É importante ter em consideração que a demência não é uma doença determinada, mas sim, uma síndrome, querendo isto dizer que corresponde a um conjunto mais ou menos homogêneo de sintomas e sinais, que pode ter diversas causas e, portanto, abranger vários tipos de doenças (Barreto, 2005). Segundo o autor Andreasen (2003), não se trata de uma doença única porque se dividem em diferentes grupos, com causas e progressões diferentes.

Neste crescendo de transição demográfica, é estimado que em 2050, Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa, e pela evidência empírica, o aumento progressivo das pessoas idosas, sobretudo as muito idosas, e uma maior prevalência de síndromes demenciais, vão resultar num significativo aumento da incidência de situações de dependência. Este processo de dependência é vivido como uma crise provocada pelas transformações que ocorrem na pessoa bem como na sua família (Caldas, 2003 ; Hanson, 2005 cit in Araujo, Ramirez & Martins, 2010) .

3. Doença de Alzheimer

De uma doença neuro degenerativa rara só conhecida por especialistas no início do século XX, a Doença de Alzheimer tornou-se frequente e temida por todos na actualidade (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). Na área médica, os profissionais consideram-na como a “doença do século”, devido aos factores sociais que apresenta e pelo facto de haver um elevado grau de comprometimento neurológico atingindo sobremaneira as funções intelectuais e de comportamento do indivíduo portador (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009).

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita pela primeira vez por Alois Alzheimer no ano de 1906 num artigo publicado em 1907 intitulado “*Uma doença característica grave do córtex cerebral*” onde se encontra descrito um caso de uma paciente que desenvolveu uma rápida perda de memória e experienciava desorientação espacial e temporal. Com a progressão da doença ficou acamada e incontinente vindo a morrer quatro anos e meio depois do aparecimento da doença (Small & Cappai, 2006). Alois Alzheimer considerou como lesões características desta patologia, a placa senil e as tranças neurofibrilares, aspectos que actualmente, são característicos da DA (Santana, 2005). Segundo o autor Barreto (2005) a doença de Alzheimer é descrita como uma doença neuro degenerativa, em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas. De aparecimento insidioso (Laws, Hone, Gandy & Martins, 2003 cit in Falcão & Bucher-Maluschke, 2009), é histologicamente caracterizada pela presença de placas senis, que são agregados extracelulares de proteína beta-amilóide e pela presença de tranças neurofibrilares intraneuronais da proteína *tau* em quantidade significativa, principalmente no hipocampo e em áreas associativas e límbicas (Moreira & Resende, 2005 ; Rebelo, 2005 cit in Santana & Cunha, 2005; Brandão, Wagner & Carthery-Goulart, 2006 ; Fornari et al., 2010). O diagnóstico definitivo de DA só pode ser realizado através de um estudo neuropatológico *post mortem* do tecido cerebral (Moreira & Oliveira, 2005) devido à inexistência, até á actualidade, de um marcador específico que permita evidenciar o diagnóstico definitivo. Posto isto, o diagnóstico é classificado como **DA “provável” ou “possível”** geralmente determinado através dos critérios convencionais, tais como os que figuram no DSM-IV-TR (APA, 2002) e pelos critérios propostos pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke- Alzheimer Disease and Related Disorders Association [NINCDS-ADRDA] descritos pelo autor McKhann e colaboradores no ano de 1984 (anexo 4.1 e 4.2). No entanto, ao longo do trabalho utilizarem apenas o termo Doença de Alzheimer.

Na literatura não existem dúvidas de que a Doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência (Skoog & Copeland, 2002 ; Kukull & Ganguli cit in Torti, Gwyther, Reed, Friedman & Schulman (2004) ; Falcão & Bucher-Maluschke, 2009 ; Fornari, Garcia, Hilbing, Fernandez, 2010 ; Georges, Jansen, Jackson, Meyrieux, Sadowska & Selmes, 2005, cit. in Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011). A DA afecta tipicamente a população idosa, estimando-se que seja responsável por 60 a 80% entre as síndromes demenciais (Cummings et. al.,2002; Fornari et. al. 2010). Embora exista tratamentos específicos para modular o curso da doença e amenizar os sintomas, não há cura, e a doença progride inexoravelmente. (LoGiudice, 2002) Constituindo-se como uma patologia progressiva, que leva a uma incapacidade total do individuo ao longo do desenvolvimento da doença, a DA afecta diferentes pessoas de diferentes maneiras, contudo, o processo cognitivo primeiramente atingido é a memória, sendo o sintoma mais comum a dificuldade gradual de lembrar novas informações, (Barreto, 2005; Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 5, 2009 ; Alegri, 2001 cit in Araujo & Nicoli, 2010; Zanini, 2010), bem como o experienciar de confusão, pensamento desorganizado, dificuldades de julgamento, problemas de expressão, e de forma gradual, desorientação temporal, espacial bem como comportamento inapropriado.

A doença de Alzheimer, segundo a literatura, evolui para estádios de gravidade crescentes, caracterizados de fase inicial, fases mais avançadas (ou intermédias) e fase terminal ao longo de dois a vinte anos (Barreto, 2005; Santana, 2005; Falcão & Bucher-Maluschke, 2009). Na fase inicial, os primeiros sinais são, como dito anteriormente, a perda de capacidade a nível da função cognitiva memória. Segundo Barreto (2005) o individuo começa a ter mais dificuldade em recordar factos recentes, embora se lembre, de eventos antigos. O deficit de memória evolui insidiosamente e progride lentamente ao longo do tempo, comprometendo também a memória semântica (por exemplo o vocabulário) e a memória de trabalho, as quais estavam inicialmente preservadas. O declínio de outras funções cognitivas pode surgir concomitantemente ou posteriormente à amnésia. O comprometimento da linguagem, tende a ocorrer precocemente ao longo da evolução da doença. (Barreto, 2005 ; Fornari et al., 2010) Estudos recentes sobre o comprometimento da linguagem de Verma & Howard (2012) indicam que o comprometimento da linguagem ocorre precocemente na Doença de Alzheimer, existindo já a presença de perdas semânticas nos anos anteriores ao diagnóstico. Estudos de neuroimagem indicam uma alteração de estados de conectividade relacionados com os padrões de linguagem o que está associado a potenciais falhas semânticas. A desorientação também é apontada como característica desta fase inicial, em que se vai perdendo a noção do tempo. Dificuldades na resolução de problemas; alterações da

personalidade, que se traduz num maior egocentrismo, desinibição e/ou embotamento; a vida social que se vai tornando caótica e as perturbações de humor onde se encontra uma apatia progressiva bem como um certo grau de ansiedade e insegurança, também são apontadas (Barreto, 2005).

A fase seguinte, a fase mais avançada ou intermédia, traduz-se num acentuar de alterações cognitivas que acabam por impedir qualquer forma de autonomia pessoal. Nesta fase o indivíduo apresenta dificuldades em organizar actos motores intencionais (apraxia), em interpretar funções sensoriais (agnosia), e a linguagem apresenta-se restrita a poucas palavras, perdendo-se pouco a pouco a capacidade de comunicar verbalmente (afasia). Não são raras as distorções perceptivas e as alucinações, levando o doente a não reconhecer a sua imagem no espelho ou ver objectos que não existem. Consequentemente, o comportamento tende a torna-se agitado e hostil, com atitudes de agressividade e até violência, existindo também com muita frequência, deambulação diurna e nocturna, podendo as causas variar entre a necessidade fisiológica de movimento e a insónia. Com o avanço do processo demencial, a fase terminal, é caracterizada pela diminuição da agitação, ocupando o seu lugar a inercia. O doente perde a postura erecta, a atrofia muscular tende a ocorrer e as complicações médicas acentuam-se, deixando por fim, de reagir aos estímulos e esta fase da vida torna-se praticamente vegetativa (Barreto, 2005).

A cadência da progressão pode variar de indivíduo para indivíduo, contudo existe uma tendência geral para que siga uma determinada sequência. Posto isto, têm sido propostas algumas classificações de estádios evolutivos, que podem ser uteis quando se pretende descrever a situação de um paciente em concreto e formular um prognóstico dos acontecimentos que vão surgir. A Escala Global de Deterioração (GDS) de Reisberg e colaboradores (1982 cit in Fontaine, 2000) é uma das mais conhecidas e permite situar o doente de acordo com o estado em determinados estádios de gravidade que se situam entre o estádio 1 (normalidade) até ao estádio 7 (demência muito grave).

A causa ou as causas da DA ainda não são conhecidas, no entanto a literatura mostra que, tal como outras doenças crónicas, é provável que seja o resultado de múltiplos factores em vez de ter uma causa única. São apontados factores de risco definitivos e prováveis sendo o maior factor de risco definitivo a idade avançada (LoGiudice, 2002; Barreto, 2005; Launer & Hofman, 2000 cit in Garrett 2005; Santana & Cunha, 2005; Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 5, 2009; Falcão e Bucher-Maluschke, 2009; Araujo & Nicoli, 2010; Fornari, 2010. Para Santana (2005) também se constitui como factores de risco definitivo a história familiar de demência, o Síndrome de Down, mutação nos genes relacionados com a

doença (cromossomas 14, 1 e 21) e polimorfismo ApoE^{E4} no gene da *Apoloproteína E* situado no cromossoma 19. Santana, Mendonça & Garcia (2011) apontam como um risco real acrescido a pertença ao sexo feminino, pelo menos até à menopausa. Quanto aos factores de risco considerados prováveis, destaca-se a baixa escolaridade (Sansoni et al, 2004 cit in Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari & Sourtzi, 2007); o traumatismo craniano (Chan, 2001) e a hipertensão arterial e outros factores de risco vascular. (Torres, 2004). Santana (2005) sugere ainda outros genes de susceptibilidade (polimorfismos) situados nos cromossomas 6 e 12, álcool, tabaco (ainda com resultados ambivalentes) e outros tóxicos ambientais e profissionais. Têm sido propostos alguns factores de protecção como os estrógenos, a utilização prolongada de anti-inflamatórios (Santana & Cunha, 2005).

A Doença de Alzheimer, tem repercussões no doente que implicam necessidades pessoais, sociais e médicas. Com a evolução da doença, a assistência ao doente tende a aumentar e o papel do cuidador torna-se imprescindível.

4. Cuidar e Relações de Cuidado

“Cuidar é uma forma de ser” (Roach, 1984)

Do latim *“Cogitare”*, Cuidar significa pensar, reflectir, aplicar a atenção, ter cuidado, tratar e a palavra. Por sua vez, *“Cuidado”* que deriva do latim *“Coagitatu”* significa reflexão e pensamento. Cuidar é um conceito antigo, e é sem dúvida a mais velha prática do mundo. Nos últimos anos, foi alvo de mais reflexão e debate com o objectivo de clarificar o termo. A prestação de cuidados é visto pela maioria das sociedades como uma das funções mais básicas da vida familiar, constituindo-se como uma processo dinâmico e complexo.

A tarefa de cuidar pode ser executada pelos familiares, por profissionais e por instituições de saúde, sendo denominados de acordo com os vínculos mantidos com a pessoa a quem endereçam os cuidados. Os cuidadores podem ser classificados como cuidadores *formais* e *informais*. Caldas (2002), utilizou a denominação cuidador formal para o profissional contratado, e a de cuidador informal para os familiares, amigos e voluntários. Quanto ao grau de comprometimento na prestação dos cuidados, pode-se classificar o cuidador em duas categorias: primário e secundário. Define-se o cuidador primário ou

principal como o indivíduo com a principal ou total responsabilidade no fornecimento de ajuda à pessoa necessitada e cuidador secundário como quaisquer outras pessoas que forneçam assistência de forma complementar, isto é, sem ter a principal responsabilidade sobre o cuidar. Também Nardi & Oliveira, (2008) cit. in Araujo, Paúl & Martins (2010) consideram que o apoio é formal quando prestado por profissionais com formação adequada quer de serviços sociais ou de saúde e considerado apoio informal quando este advém de membros familiares, próximos ou distantes, de amigos, vizinhos ou grupos de ajuda. Segundo os autores Cattani & Perlini, (2005) cit. in Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes (2010), a designação do cuidador informal é resultante de uma dinâmica dirigida por quatro factores: em primeiro lugar, o grau de parentesco; em segundo, o género; em terceiro, a proximidade física e o último, a proximidade afectiva.

Através da revisão da literatura constata-se que existem características comuns relativamente aos cuidadores informais, nomeadamente ao nível do género. Parece não haver dúvidas de que o sexo feminino prevalece (Cattani et al., (2005) cit in Cruz et al. 2010; Shulz & Martire, 2004; Silveira et al, 2006; Papastavrou et. al, 2007; Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 5 (2009); Falcão & Buncher-Maluschke, 2009 ; Pereira & Filgueiras, 2009 ; Baptista, Beuter, Girardon-Perlini, Brondani, Budó & Santos, 2012). Autores como Neri (2002) e Laham, (2003) cit in Pereira & Filgueiras (2009) referem que são as mulheres que costumam assumir o cuidado dos pais idosos mesmo que existam filhos do sexo masculino na família, sendo que estes se encarregam da ajuda material e tarefas externas como, por exemplo, deslocar o paciente para outros ambientes. Tradicionalmente, as mulheres foram consideradas as principais responsáveis pela manutenção da família e por todos os cuidados dos seus membros, sendo o seu papel ainda marcado pelas tradições culturais e pelas imagens femininas transmitidas de geração em geração (Relvas, 2002). Outra característica comum é relativa ao grau de parentesco, embora não seja concensual. No entanto, é defendido que é o cônjuge ou os filhos os responsáveis pelos cuidados. O artigo de revisão bibliográfica de Schulz et al. (2004), bem como o de Cattani et al., cit. in Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes (2005) e o de Falcão & Buncher-Maluschke (2009) indicam que é o cônjuge que assume o papel de cuidador. Por outro lado, estudos como o de Rizzo & Schall (2007) e Andrén & Elmstahl (2007) referem que são as filhas que ocupam esse lugar. O cenário mais típico é que os cuidados sejam efectuados por um só cuidador, que podemos denominar de cuidador principal (Shulz & Martire, 2004).

Ser-se cuidador informal implica um processo que envolve todo o sistema familiar, existindo todo um movimento na família que vai influir na decisão de quem vai cuidar,

constatando-se nessa decisão aspectos como as dívidas de reciprocidade, alguns legados, transmissões geracionais, os mitos, as regras, as características comuns ao cuidador e os acordos implícitos (Krom, 2000 cit in Silveira, Caldas & Carneiro , 2006). Segundo o estudo de Silveira, Caldas & Carneiro (2006) que contou com uma amostra de 24 cuidadores, 17 dos entrevistados disseram ter bom relacionamento com a pessoa cuidada antes da doença. Os sete cuidadores restantes são filhos da pessoa que se encontra dependente e relataram conflitos no relacionamento do familiar antes da doença. Os autores sugerem que há uma tentativa de actualização de antigos conflitos bem como tentativas de reparação da relação. É importante compreender a história do relacionamento para que se torne mais claro o surgimento e a construção da subjectividade do cuidador, na maneira em que ela se faz no relacionamento com a pessoa cuidada. O estudo aponta para que anteriormente à doença do familiar, os relacionamentos já apontavam para quem seria o cuidador e até como cuidaria. Um estudo mais recente de Winter, Bouldin e Andresen (2010) procurou as razões que se encontram por detrás da aquisição do papel de cuidador. Entre 54% da amostra estudada, constatou-se que as razões se relacionam com factores que envolvem os cuidadores como a tradição familiar e a dependência financeira; o sujeito dependente como o estado de saúde ou a rejeição da institucionalização e finalmente, os que envolvem a família, onde se destacam a indisponibilidade de outros cuidadores. Outros autores, como Simonetti & Ferreira (2008) que procuraram detectar as estratégias de coping apresentadas por indivíduos cuidadores referem que o papel de cuidador é sentido como um dever/obrigação ou simplesmente, um acto de caridade ou de gratidão/ retribuição. Este resultado vai de acordo a estudos posteriores, em que o apoio informal familiar parece estar associado a um sentimento de solidariedade ou dever moral (Araújo, Paúl e Martins, 2010). É importante compreender que quando uma síndrome demencial atinge um elemento da família, todo o sistema familiar é igualmente afectado.

5. Dinâmicas Familiares e Doença de Alzheimer

A família é um pilar de apoio fundamental para qualquer Ser Humano. É a primeira unidade social em que nos inserimos e também a primeira instituição que contribui para o nosso desenvolvimento e socialização. (Araújo, Paul e Martins, 2010 ; Araújo & Santos, 2012). Sampaio e Gameiro (1992) definem família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que

mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” A família não é uma instituição estática, nem uma noção abstracta, nem um sujeito neutro. É uma entidade viva, que funciona em realidades específicas e muito concretas (Relvas, 2006; Araújo, 2010 cit in Araújo & Santos, 2012)

Para Minuchin, (1979) que elaborou uma perspectiva de terapia familiar que denominou Terapia Estrutural, a família é um sistema aberto em constante relação dinâmica com o exterior. As alterações no contexto social da família levam não só à modificação desta, como também determinam mudança nos indivíduos que a constituem. O sistema familiar diferencia-se e executa as suas funções através dos seus sub-sistemas. As interações que se desenvolvem entre os vários elementos de uma família organizam-se em sequências repetitivas de trocas verbais e não-verbais que se vão constituindo no dia-a-dia familiar como resultado de adaptações recíprocas, implícitas e explícitas, entre os seus elementos, designados por padrões transaccionais. São, segundo o autor, reguladores de trocas afectivas, cognitivas e comportamentais dos diferentes membros bem como lhe especificam papéis particulares (Minuchin, 1979). O sistema familiar encontra-se subdividido em subsistemas, procuradas a partir de gerações, sexos, interesses ou funções. Os limites (ou fronteiras) definem quem participa no sub-sistema e como o faz. Este conceito de limite permite a Minuchin uma verdadeira tipologia familiar, ao considerar que os limites poderiam ser claros, que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou sub-sistema, permitindo contudo a troca de influências entre os mesmos; poderiam ser difusos, marcados por uma enorme permeabilidade que faz perigar a diferenciação dos subsistemas, ou poderiam ser rígidos, onde existe uma dificuldade de comunicação e compreensão recíprocas) (Alarcão, 2006). A partir da permeabilidade dos limites, as famílias poderiam ser escalonadas num continuum que vai desde o pólo emaranhado (fronteiras difusas) a um pólo desmembrado (fronteiras rígidas) (Minuchin, 1979). Para ser possível caracterizar tipologicamente as famílias é necessário ponderar a sua estrutura. (Araújo & Santos, 2012) A estrutura de uma família, diz respeito às necessidades funcionais que organizam o modo como os elementos da família interagem, Minuchin (1982) definiu-a como “ *rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem, a estrutura familiar* ” , a estrutura familiar corresponde, então, á imagem que podemos ter do funcionamento deste grupo tendo em conta o “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde ?” Através de transacções repetidas ao longo dos anos, estabelecem-se padrões de interacção que se tornam verdadeiras leis de conduta para os diversos elementos da família. Quando falamos de

estrutura é importante dedicarmo-nos ao conceito de hierarquia, ou seja o conjunto de relações entre os sistemas, classificando-os como sub-sistemas (Alarcão, 2006).

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde se verifica um aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, emerge como foco de atenção o cuidado informal à pessoa idosa dependente, cuja responsabilidade cabe prioritariamente à família. É no seio deste sistema aberto – A Família, e não só no elemento portador de demência, que vão aparecer mudanças internas e externas que vão pôr em causa a homeostasia familiar. Perante a situação de doença surge a necessidade de redistribuir os papéis desempenhados pelo membro doente, tornando-se necessário flexibilidade por parte da família para a renegociação de papéis e funções (Góngora, 2002). Se o membro doente é um dos pais, poderemos estar perante uma situação em que é o cônjuge que assume o papel de cuidador primário, o que faz com este assuma os papéis que eram desempenhados pelo doente, podendo ser muito desgastante. Se for o filho a assumir o papel de cuidador deparamo-nos com uma situação de filho parental, onde associado à perda da autonomia do filho é comprovada a incapacidade do pai doente.

A abordagem mais recente sobre a família com pessoas que têm uma doença crónica, enfatiza o impacto da mesma na família, nos níveis emocional, prático e financeiro. O impacto de uma doença crónica é visto como tendo maior ou menor intensidade mediante a sensação de controlo que a família demonstra em relação às exigências da doença, que muitas vezes é contraposto pela percepção de impotência. Quando existe um diagnóstico de uma doença como a Doença de Alzheimer os papéis familiares são reavaliados, readquiridos e legitimados, implicando a reestruturação de responsabilidades e funções na família (Figueiredo, 2007). O autor Góngora (2002) identifica vários níveis de impacto de um membro com doença crónica numa família sendo eles estruturais, emocionais e processuais. O nível estrutural centra-se no isolamento social da família e na potencial interação familiar rígida. Nas famílias com uma doença crónica os padrões de interação tornam-se rígidos devido às dificuldades em alterar a sua organização face às exigências da doença. No nível emocional centram-se na resposta emocional da família, mais concretamente do cuidador informal principal, designada por complexo emocional. Este consiste num conjunto de sentimentos de natureza diversa sendo tipicamente caracterizados como de contrariedade, ressentimento, impotência quanto à impossibilidade de resolver a doença. Muitas vezes a família acredita que não pode expressar os seus sentimentos achando que é incompatível com a situação clínica da pessoa doente e também com a estabilidade da família. Por último, o impacto processual encontra-se relacionado com a evolução da doença crónica, o

desenvolvimento da pessoa doente e dos outros membros da família e o ciclo de vida familiar (Góngora, 2002). A família, ao deparar-se com um elemento com uma doença crónica severa, envolve-se no processo de gestão da doença e as restantes tarefas ficam em segundo plano.

É fundamental responder às necessidades das famílias nomeadamente com procedimentos preventivos e psicoeducativos que ajudem na antecipação das tarefas normativas dos diferentes estádios da doença permitindo ainda, um maior domínio na compatibilização da atenção às exigências da doença e às suas vidas. Deve ajudar-se as famílias a entender as fases da doença e considerar a Doença de Alzheimer como um processo evolutivo com marcos normativos, transições e exigência de mudanças.

6. Sobrecarga no Cuidador Informal

Através da revisão da literatura, é notório que subjacente à questão dos cuidados, aparece, frequentemente associado, o conceito de sobrecarga.

Existe um forte consenso na literatura de que cuidar de um individuo idoso dependente é penoso e stressante para muitos familiares e contribuí para a morbilidade psicológica e incidência de perturbações depressivas e de ansiedade (Montgomery, 1992; Teri, Logsdon & Uomoto, 1997 ; Ballard, 1999; Shulz & Martire, 2004 ; Torti, Gwyther, Reed, Friedman & Schulman, 2004; Papastavrou et al. 2007 ; Ocampo, Herrera, Torres, Rodriguez, Lobo & Garcia 2007; Cerqueira & Oliveira, 2002 cit in Baptista et. al. 2012; Mausbach, Chattillion, Roepke, Patterson & Grant (2012).

Martins, Ribeiro & Garrett (2003) definem a sobrecarga do cuidador como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à percepção subjectiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. Para Sequeira (2010) o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência. A sobrecarga do cuidador é uma expressão traduzida da língua inglesa conhecida como *caregiver burden* correspondendo a uma reacção negativa face à prestação de cuidados, surgindo quando são exigidos novos tipos de cuidados ou quando estes se intensificam, presentes na vida social, ocupacional e pessoal do cuidador. Os cuidadores que não conseguem modificar ou adaptar as

suas estratégias para lidar com os cuidados a ter, experienciam sobrecarga (Given, Given, Stommel & Azzouz, 2001 ; Andrén & Elmstahl, 2007; Pereira & Filgueiras, 2009).

O constructo sobrecarga pode ser perspectivado em duas dimensões: **Dimensão objectiva e dimensão subjectiva**. A primeira dimensão diz respeito à ligação entre a exigência dos cuidados prestados e as consequências que estes têm nas diversas áreas da vida do prestador de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A sobrecarga objectiva, está associada a acontecimentos directamente relacionados com as actividades de prestação de cuidados, como cuidados com a alimentação, cuidados de higiene ou de segurança, e ao efeito destas alterações no bem-estar psicológico e interferência nas relações sociais (Roig et al. 1998) A sobrecarga subjectiva reporta-se aos sentimentos e atitudes tomadas, inerentes à tarefa de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emoções do cuidado, a percepção individual do cuidador sobre as consequências do cuidar (Martins et al. 2003).

Desempenhar o papel de cuidador informal, interfere com vários aspectos da vida de quem cuida, sendo que a sobrecarga pode levar não só ao comprometimento físico e psicológico mas também a problemas de ordem emocional, social e financeiros; *“the caregiver burden has been defined as the physical, psychological, emotional, social and financial problems that can be experienced by family members caring for impaired older adults”* (George & Gwyther, 1986). Segundo os autores George & Gwyther (1986), é com bastante frequência que os cuidadores informais entram em situação de crise, manifestando sintomas como tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da auto-estima. Esta sobrecarga pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afectar o bem-estar do doente e cuidador. Um estudo conduzido por Peter Townsend em 1957, foi um dos primeiros estudos publicados sobre a responsabilidade de cuidar de um idoso em casa. Este estudo permitiu ao autor identificar níveis moderados ou graves de tensão excessiva em 22% da amostra (de um total de 192 pessoas de ambos os sexos que tinham a seu cargo pessoas idosas), resultantes das alterações laborais ou familiares que o processo de cuidar de um familiar idoso acarreta, quer a nível físico quer a nível emocional (Hoffmann & Mitchell, 1998; Martins, 2006).

Mais recentemente, o autor Ocampo et al. (2007), pretendeu determinar a frequência e factores associados com a presença de sobrecarga no cuidador de idosos dependentes, constatou que a maior percentagem de cuidadores são do sexo feminino, constituindo 91% da amostra. Através da aplicação da escala de Zarit obteve-se como resultado que 40% dos sujeitos apresentavam níveis de sobrecarga, embora leve. Constatou-se também que o grau de dependência nas actividades da vida quotidiana está associado significativamente com a

presença de sobrecarga no cuidador. Estudos de Papastavrou et al. (2007) indicam que os sintomas que ocorrem com os indivíduos numa situação de demência, representam uma grande fonte de sobrecarga para os cuidadores. O estudo destes autores foi realizado com 172 cuidadores informais de indivíduos com provável/possível Doença de Alzheimer e como no estudo anterior, a maioria dos cuidadores são mulheres (132 para 40 homens) e o grau de parentesco é filial. Os resultados indicam que 68,2% dos cuidadores apresentam níveis elevados de sobrecarga e 65% dos participantes apresentam ainda sintomas depressivos. O estudo de Andrén et al. do mesmo ano aponta no mesmo sentido, revelando também que 57% dos cuidadores detêm um nível de sobrecarga média, resultado medido através da “caregiver burden scale (Elmstahl et al. 2006). Mais recentemente, o estudo de Mausbach, Chattillion, Roepke, Patterson & Grant (2012), comparou indivíduos cuidadores e não cuidadores verificando que os indivíduos cuidadores eram significativamente mais propensos a desenvolver sintomas depressivos. Verificou-se também que os cuidadores detinham estratégias de coping menos positivas e eficazes comparativamente aos não cuidadores em estudo.

Existem, na literatura, factores associados a uma maior sobrecarga do cuidador informal. Entre eles encontra-se o **género**, com diversos autores a afirmar que as mulheres utilizam menos estratégias de coping, e por sua vez, menos eficazes para enfrentar a doença do familiar apresentando níveis mais elevados de sobrecarga face aos homens (Roig & Abengózar, 1998 ; Russo & Vitalino, 1999 ; Schulz & Martire, 2004 ; Papastavrou et al , 2007 ; Eters, Goodall & Harrison, 2008; Ricarte, 2009). Este facto pode ser explicado pela existência, frequentemente, de um outro cuidador ou outro membro da família que apoie e ajude na prestação de cuidados, no caso do cuidador informal pertencer ao sexo masculino. Outro factor associado diz respeito ao **grau de dependência em relação às actividades do dia-a-dia** do elemento dependente sendo que quanto maior for o comprometimento em relação às actividades diárias, maior é a sobrecarga sentida pelo cuidador (Ricarte, 2009 cit in Cruz, Loureiro, Moreira da Silva & Fernandes, 2010). O **comportamento disfuncional** também é apontado, como a agressividade e a desorientação o que nos doentes com doença de Alzheimer são sintomas muito significativo, (Winslow, 2003; Schulz, O’Brien, Bookwala, 1995 cit in Schulz & Martire 2004; Papastavrou et al. 2007) tendo menor impacto nos cuidadores os problemas cognitivos (Schulz & Martire, 2004). Um estudo de Teri & Logsdon et al. (1997) procurou investigar 58 cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer e 32 cuidadores de indivíduos com doença crónica sem demência. Como conclusão constatou-se que os cuidadores de pacientes com demência, revelaram maior stress e morbidade

psicológica que o grupo de controlo que corresponde aos cuidadores de pacientes não dementes sendo que os sintomas comportamentais, como a agressão e incapacidade nas actividades da vida diária, estão mais associadas com a sobrecarga dos cuidadores. Outro dos factores associados, é o nível de educação e remuneração, que segundo o estudo de Papastavrou et. al. (2007) os cuidadores com maior escolaridade e uma melhor remuneração, apresentam níveis mais baixos de sobrecarga. Os autores afirmam que estes resultados podem ser derivados ao facto destes cuidadores terem desenvolvido mais competências de lidar e enfrentar os problemas associados ao cuidar e gestão do próprio stress. Por ultimo, também está associado à sobrecarga dos cuidadores, o **número de horas dispensando aos cuidados**, o que na maioria dos casos é consideravelmente elevado, como descreve o estudo epidemiológico com cuidadores ligados à Alzheimer Europe dos autores Georges, Jansen, Jackson, Meyrieux, Sadowska & Selmes (2008) cit in Gonçalves-Pereira & Sampaio (2011). Neste estudo, nos casos graves de demência, 50 % dos cuidadores dedicavam dez ou mais horas por dia à prestação informal de cuidados e 83 % consideravam insuficientes ou inadequados os serviços disponíveis na comunidade.

Relativamente às relações entre os elementos da família, Creasey e Jarvis (1989) cit in Falcão & Malushke (2009) verificaram que a sobrecarga vivenciada por mães cuidadoras afectava a relação delas com os filhos e a destes com os avós que tinham Doença de Alzheimer. Mais recentemente Szinovacz (2003) tendo por base a teoria sistémica, procurou investigar as mudanças da dinâmica familiar e no relacionamento pais-filhos adolescentes, quando um dos avós era portador de Doença de Alzheimer ou demência similar e vive com a família nuclear. O autor, através de entrevistas com 17 adolescentes, constatou que a situação de cuidado tinha impacto no relacionamento familiar de modo positivo e negativo e que os netos referiam que sofriam várias restrições devido ao facto da família se focar unicamente para os cuidados com os avós. Os adolescentes revelam que também sentem respeito pelos pais que são cuidadores primários expressando também o envolvimento que eles mesmo tinham, nas actividades de cuidados para com os avós, proporcionou uma maior ligação afectiva com os pais.

7. Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares

O modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (1999) é um dos modelos de funcionamento familiar e um dos modelos mais estudados e utilizados para diversas investigações como o ciclo vital e a estrutura familiar. Este modelo é particularmente útil para o diagnóstico relacional, uma vez que se foca no sistema e integra três dimensões que são, constantemente, consideradas como relevantes nos modelos familiares e nas abordagens de terapia familiar (Olson, 1999; Olson & Gorall, 2003) As três dimensões presentes no modelo são a **coesão, flexibilidade e comunicação** (Olson, 1999). Para aceder a estas dimensões foi desenvolvido o instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* que se encontra actualmente na quarta versão (FACES IV) (Olson, 2011) e que apresenta algumas inovações face às versões anteriores. A hipótese central do Modelo Circumplexo designada por hipótese curvilínea, pressupõe que níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar são condutivos a um funcionamento familiar saudável, enquanto níveis desequilibrados de coesão e flexibilidade estão associados ao funcionamento familiar problemático (Olson, 2011).

7.1.Coesão Familiar

A primeira dimensão, Coesão, diz respeito à ligação emocional entre os membros da família. A coesão foca-se na capacidade dos sistemas oscilarem entre separação versus ligação e esta dimensão apresenta quatro níveis que vão desde desmembrado (coesão extremamente baixa), separado (coesão baixa/moderada) ligado (coesão moderada a alta) e emaranhado (coesão extremamente alta). Uma família é considerada funcional se não se incluir num dos extremos. (Olson, 2011) Nos níveis considerados equilibrados (separado e ligado) há uma maior funcionalidade familiar entre os membros, onde os elementos têm capacidade de oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar. O mesmo não sucede nos níveis mais extremos (desmembrado e emaranhado), considerados como desequilibrados. Nos níveis equilibrados, uma família com uma relação separada (coesão baixa a moderada) denota alguma separação emocional (mas não extrema), sendo o tempo passado sem a família considerado importante, ao contrário de uma relação ligada (coesão moderada a alta), em que se atribui mais importância ao tempo passado em família, pelo facto de haver uma maior proximidade emocional e lealdade entre os membros. Nos níveis extremos, uma relação desmembrada é caracterizada por uma separação emocional e pouco envolvimento entre os membros da família sendo todos demasiado independentes. Quanto a

uma relação emaranhada os membros da família não são dependentes existindo uma extrema ligação emocional e pouca diferenciação do self. (Olson, 1999)

Em suma, os níveis quer sejam extremamente elevados, quer extremamente baixos, tendem a ser problemáticos para os indivíduos e para o desenvolvimento dos relacionamentos. As relações com níveis mais moderados, que tendem a oscilar entre a separação e a aproximação apresentam-se mais funcionais (Olson, 2011). No modelo circumplexo, Olson (2010) acrescenta que é preciso ter em consideração que não existe um nível ideal de coesão familiar, mas sim, que o ideal é observarem-se mudanças ao longo do ciclo vital familiar por forma a melhor acomodar as necessidades do sistema familiar.

7.2.Flexibilidade Familiar

A segunda dimensão, a Flexibilidade, pode ser definida como a capacidade da família mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações e negociações ao longo do ciclo vital. Tal como a coesão, a flexibilidade surge com quatro níveis distintos, que variam entre rígido (adaptabilidade extremamente baixa) ; estruturado (adaptabilidade baixa/moderada); flexível (adaptabilidade moderada/alta) e caótico (adaptabilidade extremamente alta) (Olson, 2003). Nos níveis mais funcionais (estruturado e flexível) há um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança existindo uma tendência para a família ser mais equilibrada ao longo do tempo. Esse equilíbrio entre a mudança e a estabilidade é essencial às famílias e aos casais porque ambos são necessários. A capacidade de mudar, quando apropriada, é uma das características que distingue a funcionalidade familiar da disfuncionalidade. Quando a família está no nível estruturado, tende a exprimir uma liderança democrática, com ajustamentos nos papéis e nas regras familiares sempre que for apropriado e necessário. No caso de uma família flexível, tende a possuir uma liderança igualitária, democrática incluindo as crianças activamente, sendo as regras e os papéis não só partilhados como apropriados á idade (Olson,1999). Relativamente aos níveis mais extremos, nas famílias rígidas, um dos elementos da família controla a dinâmica familiar impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras, sendo a maior parte das decisões tomadas pelo líder. Numa relação caótica, por sua vez, os papéis não e encontram bem definidos sendo as decisões tomadas impulsivamente, podendo ocorrer de forma frequente trocas de papéis entre os indivíduos. Estes níveis familiares da dimensão coesão e da dimensão flexibilidade, vão

originar dezasseis tipos familiares agrupados em quatro tipos, sendo eles equilibrado, moderadamente equilibrado, meio-termo e extremo.

À semelhança do que acontecia na coesão familiar, também na flexibilidade não existe um nível absoluto de melhor relacionamento, uma vez que diferentes acontecimentos na vida familiar podem exigir um relacionamento mais ou menos flexível.

7.3. Comunicação Familiar

Finalmente, a Comunicação corresponde à terceira dimensão do Modelo Circumplexo, e é descrita como a dimensão que facilita o movimento das outras duas dimensões. A comunicação diz respeito às competências comunicacionais positivas utilizadas no sistema familiar. A comunicação familiar (focada na família enquanto grupo), é medida atendendo às suas capacidades de escrita, fala, de partilhar sentimentos sobre si e relação com outros, transparência, continuidade do discurso, respeito e consideração (aspectos afectivos da comunicação). As famílias equilibradas, segundo o modelo, tendem a ter uma boa comunicação, por sua vez, as famílias desequilibradas, tendem a ter uma comunicação fraca e insuficiente (Olson, 1999).

7.4. Famílias com idosos dependentes

Uma família saudável promove o crescimento dos seus membros e mantém a coesão, prioriza as necessidades básicas, reconhece, valoriza e concilia as diferenças, apresenta flexibilidade para mudanças e, quando enfrenta uma crise, consegue funcionar adaptando-se à nova realidade (Araújo, Paúl & Martins, 2010). O surgimento e o desenvolvimento de uma doença como a Doença de Alzheimer exige uma adaptação a uma nova realidade podendo gerar afastamento, estigma e mudanças de papéis. Como dito anteriormente, os sintomas de uma demência com a Doença de Alzheimer podem pôr em risco a homeostasia familiar, que para ser atingida necessita de reavaliações e adaptações constantes. As famílias com um elemento dependente devem aos poucos modificar as suas regras de funcionamento, tentando organizar-se perante os desafios que a situação impõe.

Segundo o modelo Circumplexo (Olson, 2000) os sistemas familiares menos funcionais não possuem os recursos necessários para realizar as mudanças que são precisas face à crise familiar que surgiu. Se o sistema familiar for funcional, é esperado que as famílias tenham as

competências para ajustar o seu comportamento de forma a puderem lidar eficazmente com aparecimento de uma doença, como a Doença de Alzheimer, na família.

O estudo de Falcão e Mauluschke (2009) pretendeu investigar o relacionamento dos cuidadores informais de familiares com Doença de Alzheimer com os seus filhos bem como o relacionamento entre os familiares dementes com os netos. Os resultados revelaram não haver diferenças significativas em relação à coesão entre os portadores de demência e os seus netos antes e após o surgimento da doença. Constatou-se também que nas representações actuais, a coesão das cuidadoras com os seus filhos é maior do que a coesão destes com os avós. Mais recentemente, Araújo & Santos (2012) procuraram descrever o perfil tipológico e fase de desenvolvimento de famílias que tenham a seu cuidado um elemento dependente, procurou investigar a coesão e adaptabilidade familiar de 108 famílias com um elemento idoso dependente. Através do FACES III os autores consideram que as famílias tiveram capacidade para se adaptar à nova condição e que são coesas. No entanto, quando questionadas sobre como idealizam a família, as suas respostas apontam um desejo de que as suas famílias fossem mais adaptadas e mais coesas. Estes resultados permitem aos autores afirmar que as famílias apesar de coesas, idealizam maior coesão, resultado que corrobora o estudo do autor Marcon (2007) cit in Araújo & Santos (2012) onde é referido que a doença leva a um comprometimento da unidade familiar e que a coesão familiar vai depender da flexibilidade dos seus membros e da sua capacidade de adaptação.

8. Problemática, Objectivos e Hipóteses

Pela evidência empírica deparamo-nos com um aumento crescente da população idosa o que resultará num maior número de situações de dependência, destacando-se as síndromes demenciais, sendo que a que ocorre com maior frequência, é a já intitulada como doença do século – Doença de Alzheimer. Associado à dependência surge a questão dos cuidados, que nos remete para os cuidadores informais, e subjacente aos mesmos, o conceito de sobrecarga. Dado à escassez de estudos nacionais e internacionais que investiguem o funcionamento familiar perante a Doença de Alzheimer, constitui-se também como um objectivo neste estudo, tendo por base o Modelo Circumplexo, investigar o funcionamento familiar perante a existência da mesma. É pretendido explorar e caracterizar o contexto da prestação de cuidados informais a idosos com Doença de Alzheimer em Portugal e avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. O conhecimento das alterações físicas, emocionais e sociais bem como as alterações familiares que ocorrem com os cuidadores informais e suas famílias parece-nos importante para o desenvolvimento das intervenções efectuadas, com vista à promoção de uma melhor adaptação à doença.

De acordo com o explanado foram construídas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Prevê-se que existam diferenças estatisticamente significativas na percepção de sobrecarga em função do sexo dos cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.

Hipótese 2: Prevê-se que os cuidadores informais com maior duração de cuidados apresentem uma percepção de menor sobrecarga.

Hipótese 3: Prevê-se que existam diferenças estatisticamente significativas na percepção de coesão e flexibilidade em função do sexo do cuidador informal e do momento referente ao “antes” e “depois” do aparecimento da doença de Alzheimer.

Método

1. Delineamento

No presente estudo, foi utilizada uma metodologia quantitativa, apresentando-se o estudo como descritivo-correlacional. Recorreu-se a um método de amostragem **não aleatório** ou não probabilístico e a **amostra é de conveniência**. A amostra não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. É também de conveniência visto que os participantes foram escolhidos como tal em função de uma característica específica. Neste estudo, a características específica foram ser cuidadores informais de idosos com diagnóstico de possível/provável Doença de Alzheimer que não se encontrem institucionalizados.

2. Participantes

Para esta investigação recorreu-se a uma amostra de 91 cuidadores informais pertencentes a diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social, um Centro de Saúde e clientes de uma farmácia. Através destes serviços obteve-se 101 respostas aos questionários, sendo que 9 destes foram eliminados por não terem sido respondidos correctamente e 1 por ter sido respondido por um cuidador formal. Como se pode verificar na observação da figura 4, mais de metade é do género feminino ($n = 63$) enquanto o género masculino se encontra representado pelos restantes ($n = 28$).

A maioria dos cuidadores são filhos dos doentes com Alzheimer ($n=52$) ou casados com os próprios doentes ($n=21$) A percentagem de cuidadores que residem com doentes é de 65,9% ($n=60$).

Figura 4

Género dos cuidadores informais

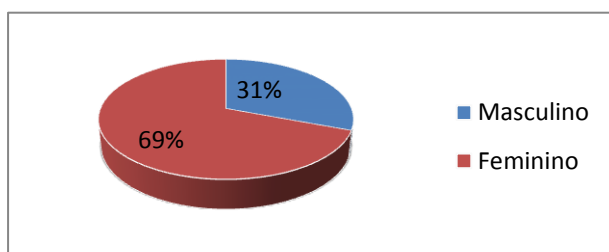


Tabela 1

Relação de parentesco com o doente

	Percentagem
Marido/ Mulher	23,1
Filho/a	57,1
Irmão/Irmã	4,4
Genro/Nora	5,5
Sobrinho/a	1,1
Neto/a	4,4
Amigo(a)	3,3
Total	98,9
Omissos	1,1
Total	100,0

Tabela 2

Residência com o doente

	Percentagem
Sim	65,9
Não	34,1
Total	100,0

A distribuição dos cuidadores por escalões etários pode ser apreciada na figura 5. A maioria encontra-se no escalão etário 41-55 anos (30,8%). Os cuidadores mais novos representam 4,4% e os mais velhos 12,1%. Em termos de estado civil, trata-se de uma amostra predominantemente constituída por sujeitos casados ou em união de facto (n=63). (figura 6). No que se refere às habilitações literárias, detêm com maior percentagem o 1º ciclo do ensino básico (31%) como pode ser observado na figura 7. Relativamente à situação profissional dos inquiridos, 39,6% encontram-se na situação de reforma, 33,0% são empregados a tempo inteiro e 20,9% encontram-se na situação de desemprego. (tabela 3)

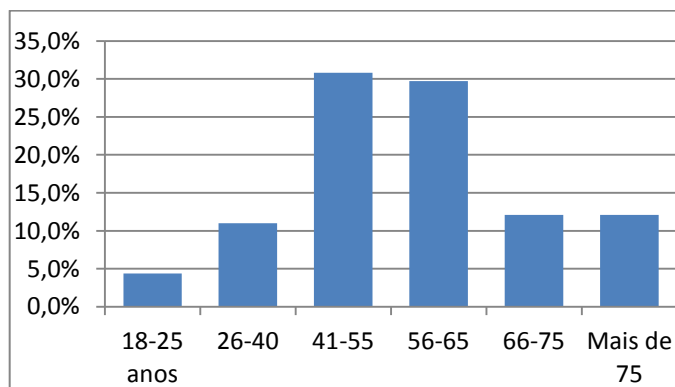
Figura 5 – Escalões etários dos cuidadores

Figura 6

Estado civil dos cuidadores informais

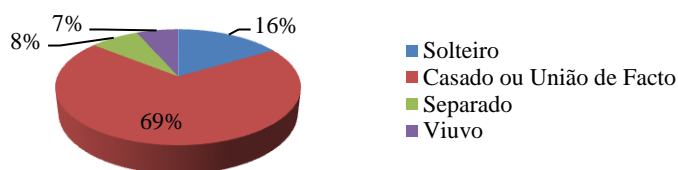


Figura 7

Habilitações académicas dos cuidadores

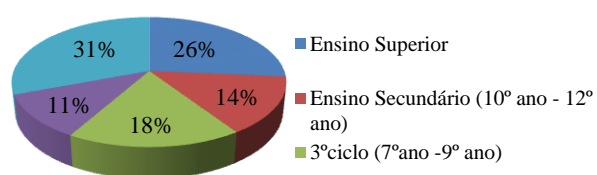


Tabela 3 - Estatuto Profissional do cuidador informal

	Porcentagem
Empregado/a a tempo inteiro	33,0
Empregado/a a tempo parcial	5,5
Desempregado	20,9
Reformado	39,6
Trabalhador-Estudante	1,1
Total	100,0

Finalmente, no que diz respeito à duração dos cuidados e existência de apoio formal nos cuidados, um pouco mais de um terço dos cuidadores (n=32) cuida dos doentes há mais de 5 anos, sendo que para lidar com a situação de doença do familiar, 54,9% afirma dispor de apoio formal (n=50) como se pode visualizar na tabela 4.

Figura 8

Duração de Cuidados

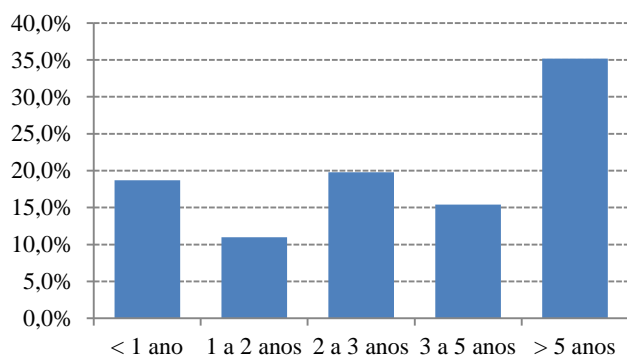


Tabela 4

Apoio Formal

	Porcentagem
Sim	65,9
Não	34,1
Total	100,0

Instrumentos

2.1. Questionário Sociodemográfico:

O questionário sociodemográfico é constituído por 10 questões fechadas e tem como objectivo obter informações sobre o cuidador informal de um indivíduo com Doença de Alzheimer. Este instrumento foi construído tendo por base os objectivos, a revisão de bibliografia e outros estudos realizados. Com as variáveis de caracterização, pretendeu-se conhecer os cuidadores informais relativamente à sua situação demográfica (sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias e situação laboral) e de prestação de cuidados (relação de parentesco, co-habitação com o doente, tempo como cuidador e existência ou não de apoio formal. Estas variáveis foram operacionalizadas em escalas quantitativas, sendo as questões fechadas de resposta única.

2.2. QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal:

O questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) desenvolvido pelos autores Martins, Ribeiro & Garrett (2006) é um instrumento construído para avaliar a sobrecarga física, emocional e social em cuidadores informais sendo composta por 32 itens avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia entre 1 a 5. A operacionalização da escala dá-se através do somatório das respostas dos indivíduos, sendo que os valores globais mais elevados correspondem a níveis de maior sobrecarga. O QASCI integra 7 dimensões, sendo elas : *Implicações na Vida Pessoal* do cuidador (11 itens); *Satisfação com o Papel e com o Familiar* (5 itens); *Reacções a Exigências* (5 itens); *Sobrecarga Emocional* relativa ao familiar (4 itens); *Suporte Familiar* (2 itens); *Sobrecarga Financeira* (2 itens) e a *Percepção*

dos *Mecanismos de Eficácia e de Controlo* (3 itens). De acordo com os seus autores, a **subescala *Implicações na Vida Pessoal*** pretende avaliar as repercussões sentidas pelo cuidador por estar a cuidar do seu familiar. A **subescala *Satisfação com o Papel e com o Familiar*** diz respeito a sentimentos e emoções positivas, aumento de auto-estima e sentir-se mais próximo do doente, decorrentes do desempenho do papel e da relação afectiva que o cuidador estabelece com o sujeito alvo dos cuidados. A **subescala *Reacções a Exigências*** inclui sentimentos negativos, como a percepção de manipulação por parte do doente, ou a presença de comportamentos por parte deste capaz de levar a embaraço do cuidador. A **subescala *Sobrecarga Emocional*** compreende emoções negativas do cuidador, que podem levar a conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento perante a situação em que se encontram. O **subescala *Suporte Familiar*** diz respeito ao reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador. À subescala **subescala *Sobrecarga Financeira*** estão inerentes as dificuldades económicas decorrentes da situação de doença do familiar e à incerteza do futuro económico. Por último, a subescala **subescala *Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo*** compreende aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas que advêm do desempenho de papel. Neste instrumento, as subescalas *Satisfação com o Papel e com o Familiar*, *Suporte Familiar* e *Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo*, são consideradas forças positivas, assim, as pontuações obtidas nos itens destas subescalas são invertidas para que valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga.

O QASCI é a única escala construída e validada no nosso país encontrando-se adaptada ao contexto sócio-cultural e, por incluir sete dimensões, que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da sobrecarga do cuidador informal, contribuiu para que fosse escolhida como instrumento para esta investigação.

Para o presente questionário, foi realizada uma análise das suas qualidades psicométrica onde se obteve, quanto à escala global, obteve-se um valor de consistência interna (alfa de Cronbach) $\alpha = .926$, um valor indicador da sua boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2003). Quanto às suas dimensões, os valores encontrados variam entre um mínimo de ,482 na dimensão *Percepção mecanismos eficácia e controlo* (os autores também consideraram esta dimensão como a menos homogenia e com o valor de alpha mais baixo no entanto consideraram-no aceitável atendendo ao facto de apenas três itens integrarem a dimensão) e um máximo de ,906 na dimensão *Implicações na vida pessoal*. (anexo 6.1)

2.3. Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar

O *Instrument Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES) originalmente desenvolvido por Olson, Bell e Portner em 1978 (cit. por Olson, 2000), foi construído para aceder às dimensões *coesão familiar* e *flexibilidade familiar* descritas no *Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares* (Olson, 2000). Actualmente o instrumento encontra-se na sua quarta versão, FACES IV (Olson, 2011), em actual processo de validação para a população portuguesa (Gouveia-Pereira, Coutinho, Gomes, Martins & Miranda, 2013).

A escala é constituída por sessenta e dois itens, sendo que as subescalas equilibradas *coesão e flexibilidade*, e as subescalas desequilibradas *desligada, emaranhada, caótica e rígida* são cada uma composta por sete itens; as subescalas *comunicação e satisfação* contêm dez itens cada. Existem 5 possibilidades de resposta para cada item variando entre 1 “discordo fortemente” até 5 “concordo fortemente”.

Para o presente estudo, foi acrescentada uma coluna à escala original para que se consiga compreender as alterações vivenciadas pelo cuidador a nível das dimensões descritas anteriormente, no momento antes e depois do aparecimento da Doença de Alzheimer no sistema familiar. Numa análise das qualidades psicométricas desta versão traduzida do instrumento (Anexo 6.1) foi verificado os níveis de consistência interna para cada subescala deste instrumento. Relativamente às seis dimensões correspondentes ao momento “**Antes da doença do familiar**” os valores de consistência interna encontrados variam entre um mínimo de $\alpha = .63$ na subescala desequilibrada *Emaranhado* e um máximo de $\alpha = .806$ na subescala equilibrada *Coesão*. Relativamente ao momento “**Depois da doença do familiar**” os valores de consistência interna encontrados variam entre um mínimo de $\alpha = .652$ na subescala desequilibrada *Emaranhada* e um máximo de $\alpha = .798$ na subescala *Coesão Equilibrada*. (tabela 5 e tabela 6)

Tabela 5

Análise de Fidelidade das Subescalas do Instrumento FACES IV (Antes da Doença de Alzheimer (DA)).

Dimensões FACES IV “Antes da DA”	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão Equilibrada	3,22	0,52	,806
Coesão Desagregada	2,28	0,52	,671
Coesão Emaranhada	2,52	0,51	,682
Flexibilidade Equilibrada	3,25	0,53	,687
Flexibilidade Rígida	2,74	0,53	,736
Flexibilidade Caótica	2,53	0,60	,682
FACES IV	3,1	0,24	,794

Tabela 6

Análise de Fidelidade das Subescalas do Instrumento FACES IV (Depois da Doença de Alzheimer (DA)).

Dimensões FACES IV “Depois da DA”	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Coesão Equilibrada	3,48	0,65	,798
Coesão Desagregada	2,72	0,64	,684
Coesão Emaranhada	2,48	0,55	,652
Flexibilidade Equilibrada	3,12	0,58	,674
Flexibilidade Rígida	2,74	0,53	,666
Flexibilidade Caótica	2,70	0,70	,689
FACES IV	2,98	0,30	,774

3. Procedimento

De modo a aceder aos cuidadores informais de indivíduos idosos com Doença de Alzheimer foram estabelecidos contactos com diversas instituições de solidariedade social, sendo estas a Alzheimer Portugal, em Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia de várias localidades referentes aos distritos de Leiria e Lisboa, abrangendo vários concelhos, entre eles, Marinha Grande, Caldas da Rainha, Alcobça, Fátima e Pombal. Estas instituições dispõem de serviços de centros de dia, apoio domiciliário ou gabinetes de apoio ao cuidador. A par das instituições de solidariedade social foram também estabelecidos contactos com o Centro de Saúde Oeste Norte e o Centro de Cuidados Continuados da Marinha Grande. A recolha dos dados para esta investigação contou com o apoio e colaboração da equipa de enfermagem, psicólogos e/ou assistentes sociais das instituições que se disponibilizaram, depois de ter sido explicado as instruções dos questionários, em entregar através dos serviços existentes, os questionários em casa dos cuidadores informais. No caso da Alzheimer Portugal, do Centro de Saúde e do Centro de Cuidados Continuados os questionários foram realizados com a minha presença, após as reuniões de cuidadores, não tendo sido levantada nenhuma dúvida. Foi realizado também um dia informativo numa farmácia, onde expus várias informações sobre a Doença de Alzheimer, cujos clientes, identificados pelos farmacêuticos como cuidadores informais, preencheram os questionários num gabinete, dentro da farmácia. Foi apresentado a cada um dos participantes antes da recolha de dados, o Consentimento Informado como forma de esclarecimento face ao objectivo e às características associadas e inerentes ao estudo.

Resultados

Antes de se proceder à análise dos resultados relativamente às hipóteses enunciadas, é importante referir que foi considerada uma probabilidade de erros tipo 1, $\alpha = 0.05$. Assumiu-se que as diferentes distribuições cumprem o pressuposto de normalidade dos testes paramétricos, uma vez que a amostra em estudo apresenta uma dimensão suficientemente elevada para evocarmos o Teorema do Limite Central, que fixa como nestas amostras com dimensões razoáveis (superiores a 25-30 sujeitos), a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2010). A análise estatística foi efectuada através do *software* SPSS versão 20.0 para *windows*.

1. “Quem são os cuidadores informais ?”

No presente estudo participaram 91 cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer, sendo que a maioria (69,0% , $n = 63$) pertencem ao género feminino e são filhas dos doentes (57,1%) ou casados com estes (23,1%). Estes resultados vão de encontro ao encontrado na literatura, de facto, são as mulheres que costumam assumir os cuidados, como cônjuge do doente ou filha do mesmo. Como refere Relvas (2002), as mulheres foram consideradas as principais responsáveis pela manutenção da família e por todos os cuidados dos seus membros, sendo o seu papel ainda marcado pelas tradições culturais e pelas imagens femininas transmitidas de geração em geração. Segundo Sousa, Figueiredo & Serqueira (2004) “ a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados”.

A percentagem de cuidadores que residem com doentes é de 65,9%, este facto também é um factor apontado na literatura para a aquisição do papel de cuidador, devido à proximidade entre o cuidador e a pessoa cuidada. O autor Martín (2005) refere que “ a coabitação versus viver com a pessoa que perdeu/perderá/está em vais de perder determinadas capacidades funcionais, converteu-se numa das variáveis determinantes capazes de predizer ou explicar o tipo de padrão de cuidado”.

Em termos distribuição dos cuidadores por escalões etários, a maioria dos cuidadores informais encontra-se no escalão etário 41-55 anos (30,8%), resultado que são semelhantes aos encontrados por Escudero, Diaz Alvares & Pacoal Cortés (2001). Quanto ao estado civil, a amostra é predominantemente constituída por sujeitos casados ou em união de facto, já que

estes representam um total de 69,0%. Os resultados corroboram outros estudos como o estudo de Martín, Paúl & Roncon, 2000 e Martins, Ribeiro & Garrett, 2003. Uma percentagem elevada tem filhos (82,4%). Destes, 65,9% tem uma a dois filhos e 14,3% entre três a quatro filhos. Em conformidade com os estudos realizados por Martín, Paúl e Roncon (2000) e Martins, Ribeiro e Garrett (2003), os cuidadores informais, no que se refere às habilitações literárias, detêm com maior percentagem o 1º ciclo do ensino básico (31%). No que concerne à situação profissional dos inquiridos, 39,6% encontram-se na situação de reforma, 33,0% são empregados a tempo inteiro e 20,9% encontram-se na situação de desemprego. Os resultados vão de encontro aos resultados encontrados por Martins, Ribeiro e Garrett, (2003) e Carretero Gómez, Ferrer, Ródenas, & López (2006).

No que diz respeito à duração dos cuidados prestados pelos cuidadores informais ao doente e, também, há existência de apoio formal nos cuidados, um pouco mais de um terço dos cuidadores (35,2%) cuida dos doentes há mais de 5 anos, facto que pode ser explicado devido à Doença de Alzheimer ser uma doença neuro degenerativa crónica cuja evolução é perlongada. Mendonça & Rodrigues (2000) também verificaram que a longevidade do desempenho do papel de cuidador varia entre 1 a 10 anos. Para lidar com a situação do familiar, 54,9% afirma dispor de apoio formal. No entanto, 45,1% dos cuidadores ainda não recebe nenhuma ajuda formal, facto que a literatura refere devido às principais fontes de ajuda aos cuidadores serem oriundas e exclusivas à rede de familiares, amigos e vizinhos.

2. Análise Descritiva

2.1. Análise descritiva da dimensão Sobrecarga

As respostas obtidas relativamente ao questionário de sobrecarga do cuidador informal (QASCI), leva à afirmação que os valores mais elevados de sobrecarga estão presentes na dimensão *Percepção mecanismos eficácia e controlo* (2,69) e mais baixos em *Implicações vida pessoal* (2,12). Na tabela 7 e na figura 9 é possível observar os valores obtidos pelos cuidadores face a este questionário, onde se encontram descritos os valores das médias e respectivos desvios padrão.

Foi realizada as correlações entre as dimensões do QASCI que revelam correlações positivas e significativas. A correlação mais elevada ocorre entre as dimensões *sobrecarga emocional* e *reações a exigências* ($r = 0,721$) como indica a tabela 8.

Tabela 7

Análise descritiva da variável sobrecarga.

	N	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Sobrecarga Emocional	91	2,66	,88	,813
Implicações vida pessoal	91	2,12	,69	,906
Sobrecarga Financeira	91	2,45	1,22	,839
Reacções a exigências	91	2,31	,93	,835
Percepção mecanismos eficácia e controlo	91	2,69	,90	,482
Suporte familiar	91	2,43	1,18	,802
Satisfação com o papel e familiar	91	2,20	,90	,788
Sobrecarga total	91	2,59	,69	,926

Figura 9 – Sobrecarga dos cuidadores

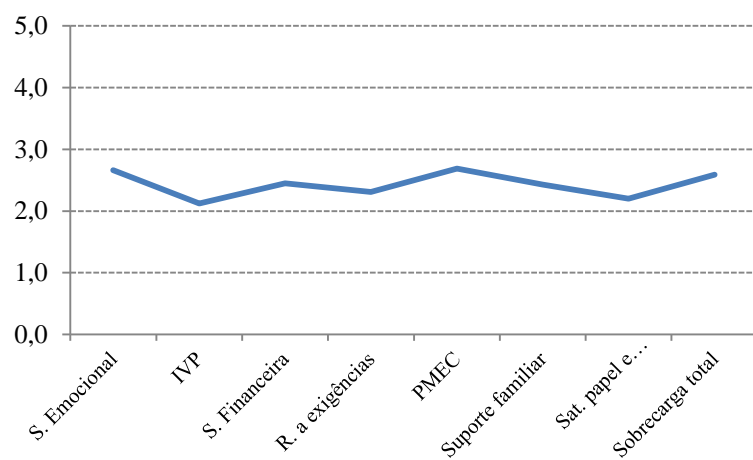


Tabela 8
Correlação das dimensões do QASCI.

	Sobrecarga emocional	IVP	Sobrecarga Financeira	Reacções a exigências	MEC	Suporte Familiar	Satisfação papel e familiar
Implicações vida pessoal (IVP)	,627**						
Sobrecarga Financeira	,236*	,542**					
Reacções a Exigências	,721**	,677**	,376**				
Mecanismos eficácia e controlo (MEC)	,398**	,256*	,315**	,301**			
Suporte Familiar	,319**	,284**	,170	,215*	,333**		
Satisfação papel e familiar	,389**	,233*	,136	,405**	,460**	,186	
Sobrecarga_total	,793**	,881**	,566**	,826**	,533**	,433**	,551**

2.2. Análise descritiva dos Rácios do Modelo Circumplexo

A criação de rácios, segundo Olson (2011) é muito útil para medir o nível de funcionalidade do sistema familiar (equilibrado vs desequilibrado). O mesmo autor afirma que os valores do rácio variam entre 0,2 até 5, sendo que 1 indica uma igualdade entre os valores de equilíbrio e desequilíbrio no sistema. A maioria dos valores encontram-se entre 0 e 2, sendo o sistema mais equilibrado e saudável quanto mais acima de 1 forem os valores. Esta operacionalização permite explorar a hipótese curvilínea do Modelo Circumplexo através da transformação dos dados de forma a se obter uma variável contínua (Rácio do Funcionamento Familiar) em que, quanto mais inferior a 1 for o resultado de um sistema familiar particular, mais desequilibrado é, e, por oposição, quanto mais acima de 1 for o resultado do rácio, mais equilibrado é o sistema familiar.

Os três rácios que podem ser criados são o *Rácio de Coesão Familiar*, *Rácio de Flexibilidade Familiar* e *Rácio Total Circumplexo* ou *do Funcionamento Familiar*, através das seguintes fórmulas:

$$\text{Rácio de Coesão} = \text{Coesão Equilibrada} / ((\text{C. Desagregada} + \text{C. Emaranhada}) / 2)$$

$$\text{Rácio de Flexibilidade} = \text{Flexibilidade Equilibrada} / ((\text{F. Rígida} + \text{F. Caótica}) / 2)$$

$$\text{Rácio do Funcionamento Familiar} = (\text{Rácio de Coesão} + \text{Rácio de Flexibilidade}) / 2$$

Atendendo às médias obtidas nos rácios do modelo Circumplexo, podemos observar que no ***momento antes da doença*** do familiar o rácio de coesão a média é de 1,39 e a média do rácio da flexibilidade é de 1,28. Relativamente ao momento ***depois da doença***, verificou-se que estes valores são menos elevados em ambos os rácios, obtendo-se como valores uma média de 1,37 no rácio da coesão e 1,21 no rácio da flexibilidade. No que diz respeito à amostra utilizada, é possível constatar que a média mais baixa foi encontrada no rácio da flexibilidade depois da doença, tendo os cuidadores percepcionado valores que indicam sistemas mais saudáveis e equilibrados na dimensão coesão antes da doença. (tabela 9).

Tabela 9

Análise descritiva dos Rácios do Modelo Circumplexo.

	N	Média	Desvio padrão
Rácio da Coesão Antes	86	1,39	,37
Rácio da Flexibilidade Antes	83	1,28	,33
Rácio total Faces IV Antes	80	2,03	,45
Rácio de Coesão Depois	83	1,37	,40
Rácio de Flexibilidade Depois	82	1,21	,35
Rácio total Faces IV Depois	76	1,99	,53

Ao analisar o funcionamento familiar da nossa amostra, verifica-se que relativamente ao momento **antes da doença no rácio de coesão familiar**, apenas 12 sujeitos revelaram níveis de coesão mais desequilibrados que equilibrados (i.e. inferiores a 1), enquanto 79 apresentam níveis de coesão equilibrada iguais ou superiores aos níveis desequilibrados (i.e. igual ou superior a 1). Quanto ao **rácio de flexibilidade familiar, também face ao momento antes da doença**, 77 sujeitos referem níveis de flexibilidade familiar equilibrados, iguais ou superiores aos níveis desequilibrados, e 14 obtiveram rácio inferior a 1. Por último, face ao **Rácio do Funcionamento Familiar no momento antes da doença**, verificou-se que 90 sujeitos apresentam níveis iguais ou superiores a 1, enquanto apenas 1 dos 91 sujeitos apresentam um funcionamento familiar com rácio total mais desequilibrado que equilibrado.

Relativamente ao funcionamento familiar da nossa amostra, **no momento depois da doença**, verifica-se quanto ao **rácio de coesão familiar**, 15 sujeitos com níveis de coesão mais desequilibrados que equilibrados, enquanto os restantes 76 apresentam níveis de coesão equilibrada iguais ou superiores aos níveis desequilibrados. Quanto **rácio de flexibilidade familiar, também face ao momento depois da doença**, 71 sujeitos referem níveis de flexibilidade familiar equilibrados, iguais ou superiores aos níveis desequilibrados, e 20 obtiveram rácio inferior a 1. Finalmente, quanto ao **Rácio do Funcionamento Familiar no momento antes da doença**, verificou-se que 89 dos sujeitos apresentam níveis iguais ou superiores a 1, enquanto apenas 2 dos 91 sujeitos apresentam um funcionamento familiar com rácio total mais desequilibrado que equilibrado. (Tabela 10 e 11)

Tabela 10

Frequências dos Rácios do Modelo Circumplexo relativamente ao “momento antes da doença”.

Rácios Modelo Circumplexo (Antes da Doença)	Resultado	
	≥ 1	< 1
Rácio Coesão Familiar	79	12
Rácio Flexibilidade Familiar	77	14
Rácio Funcionamento Familiar	90	1

Tabela 11

Frequências dos Rácios do Modelo Circumplexo relativamente ao “momento depois da doença”.

Rácios Modelo Circumplexo (Depois da Doença)	Resultado	
	≥ 1	< 1
Rácio Coesão Familiar	76	15
Rácio Flexibilidade Familiar	71	20
Rácio Funcionamento Familiar	89	2

2.3. Resultados relativos às hipóteses

Dando início ao teste das hipóteses decorrentes da revisão de literatura, começamos por analisar a primeira hipótese em estudo, onde é esperado que existam diferenças estatisticamente significativas na percepção de sobrecarga em função do sexo dos cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados. De forma a responder à hipótese enunciada recorreu-se ao teste ANOVA two-way na medida em que se pretende analisar duas variáveis independentes e a sua possível interacção nas variáveis dependentes. Começou por analisar-se a **Sobrecarga Total**, e posteriormente, foram analisadas todas as dimensões que fazem parte da avaliação de sobrecarga do cuidador informal.

Os resultados obtidos relativamente à Sobrecarga total sugerem a existência de um efeito principal na variável **sexo** ($F(1,87) = 34,61, P=0,001$), podendo considerar-se que são os cuidadores do sexo feminino que apresentam maiores níveis de sobrecarga com uma média de 2,86 quando comparados com os cuidadores do sexo masculino que apresentam uma média de 2,04. Apesar de na variável **apoio**, não se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas, a média de sobrecarga é mais elevada nos cuidadores sem apoio formal (2,59) quando comparados com os cuidadores que dispõem desse apoio (2,33) sendo o valor de $p = 0,07$, podendo ser considerado como um resultado marginalmente significativo. Este resultado aponta no sentido de que, quer os cuidadores do sexo masculino, quer do sexo feminino, apresentem menos sobrecarga quando dispõem de apoio formal. Os resultados obtidos podem ser observados na figura 10 e 11.

Figura 10: Sobrecarga: médias dos cuidadores femininos e masculinos

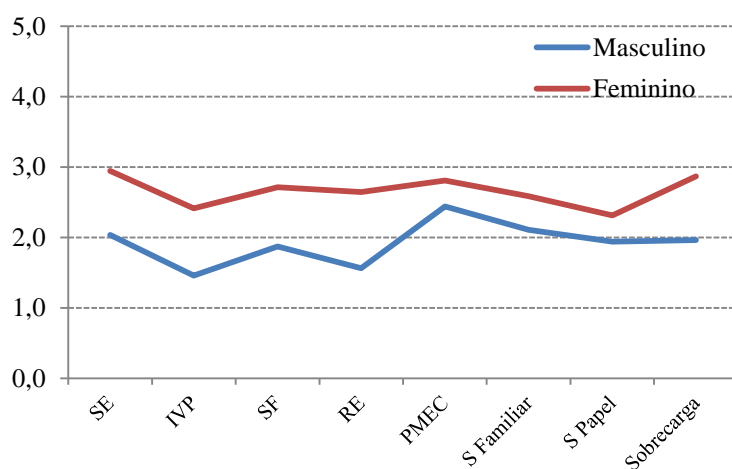
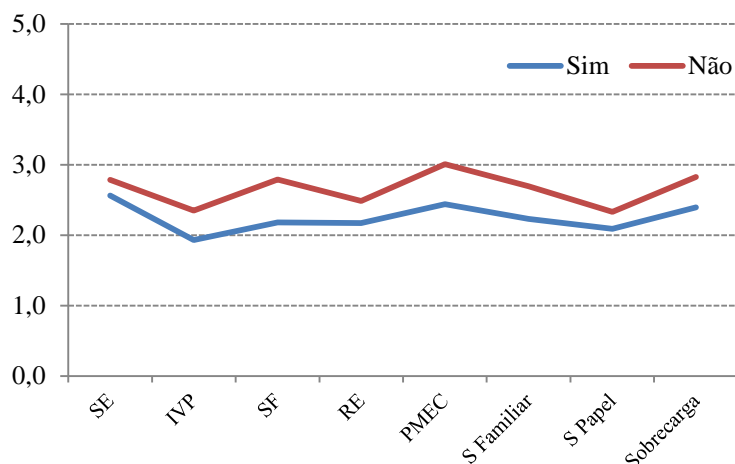


Figura 11- Sobrecarga: médias dos cuidadores com apoio e sem apoio formal



Legenda: SE= sobrecarga emocional; IVP= implicações na vida pessoal; SF = sobrecarga financeira; RE= reacções a exigências; PMEC= percepção de mecanismos de eficácia e controlo; SFamiliar =suporte familiar; SPapel= satisfação com papel e familiar; Sobrecarga =sobrecarga total.

Depois de analisada a Sobrecarga total do cuidador informal, procedemos à análise da primeira dimensão, a **Sobrecarga Emocional**, que compreende emoções negativas do cuidador, tendo sido verificado um **efeito de interacção** entre as variáveis sexo e apoio formal e um **efeito principal** para a variável sexo. No efeito principal sexo ($F(1, 87) = 14,58$; $p < 0.001$), verifica-se uma média mais elevada nos cuidadores do sexo feminino (2,95) o que revela que são as mulheres que percebem níveis mais elevados de sobrecarga comparativamente aos cuidadores do sexo masculino que apresentam uma média de 2,21, na presente dimensão. Quanto ao nível do efeito de interacção (tabela 12), observa-se que os cuidadores do sexo masculino, com apoio formal, apresentam resultados mais baixos de sobrecarga comparativamente aos cuidadores do sexo feminino sem e com apoio. O resultado sugere que são as mulheres que, tendo ou não ajuda fora do círculo familiar (apoio formal) percebem maiores níveis de sobrecarga comprando com os cuidadores homens.

Tabela 12

Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e apoio na dimensão sobrecarga emocional.

Dimensão: SOBRECARGA EMOCIONAL		
	COM APOIO	SEM APOIO
	Média	Média
MASCULINO	1,86	2,57
FEMININO	3,01	2,83

$$F(1,87) = 6,146, p = 0,015$$

Atendendo agora, à segunda dimensão, *Implicações na Vida Pessoal*, que pretende avaliar as repercussões sentidas pelo cuidador por estar a cuidar do seu familiar, foi encontrado um **efeito principal** na variável sexo. $F(1,87) = 42,71$; $p < 0,001$) Os resultados sugerem que parecem ser as mulheres que apresentam níveis significativamente mais elevados de sobrecarga nesta dimensão, com uma média de 2,41 em contraste com os cuidadores do sexo masculino que apresentam uma média de 1,52.

Quanto à terceira dimensão, *Sobrecarga Financeira*, verifica-se um **efeito de interacção** entre as variáveis sexo e apoio formal e um **efeito principal** para a variável sexo. Verificou-se, quanto ao efeito principal, e de encontro ao encontrado nas dimensões anteriores, que são as mulheres que apresentam uma média mais elevada de sobrecarga (2,71), encontrando-se os homens com uma média inferior (1,68) o que revela que são os cuidadores do sexo feminino que percepcionam uma maior sobrecarga comparativamente aos cuidadores do sexo feminino na dimensão sobrecarga financeira. Como dito anteriormente verificou-se um **efeito de interacção** nesta dimensão, cujos resultados apontam no sentido de serem os cuidadores femininos sem apoio formal, a apresentarem níveis significativamente mais elevados de sobrecarga (3,10) quando comparados com os cuidadores masculinos, também sem apoio formal (1,28). Nesta dimensão estão inerentes as dificuldades económicas decorrentes da situação de doença do familiar e à incerteza do futuro económico. (tabela 13)

Tabela 13

Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e apoio na dimensão sobrecarga financeira.

Dimensão: SOBRECARGA FINANCEIRA		
	COM APOIO	SEM APOIO
	Média	Média
MASCULINO	2,07	1,28
FEMININO	2,26	3,10

F(1,87) =8,47 ; P=0,005

Relativamente à quarta dimensão, *Reacções a Exigências*, foi encontrado um **efeito principal** na variável sexo. $F(1,87) =26,27$, $P <0.001$ Os resultados verificam que os cuidadores do sexo feminino apresentam níveis significativamente mais elevados de sobrecarga nesta dimensão com uma média de 2,64 comparativamente aos cuidadores do sexo masculino que apresentam uma média de 1,61.

Na quinta dimensão, *Percepção de mecanismos de eficácia e controlo*, foi encontrado um **efeito principal** na variável apoio formal, $F(1,87) =6,79$, $P=0,011$, podendo considerar-se que os cuidadores que não dispõem de apoio formal para lidar com os cuidados, apresentam níveis significativamente mais elevados de sobrecarga com uma média de 3,00 nesta dimensão, comparativamente com os cuidadores que não dispõem desse apoio formal que apresentam uma média de 2,42.

Nas últimas duas dimensões de sobrecarga, *Suporte Familiar e Satisfação com o Papel e com o Familiar*, não se verificaram efeitos de interacção nem efeitos principais para qualquer das variáveis em estudo. No entanto, na dimensão *suporte familiar*, que diz respeito ao reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador, podemos salientar que são os cuidadores sem apoio formal que têm uma média mais elevada de sobrecarga nesta dimensão (2,73) quando comparados com os cuidadores com apoio (2,18). Apesar dos resultados não serem significativos, a variável apoio formal apresenta um valor de $p = 0,064$, que segundo Marôco (2010) é considerado um resultado marginalmente significativo.

No sentido de validar a **hipótese 2** “Prevê-se que os cuidadores informais com maior duração de cuidados apresentem uma percepção de menor sobrecarga “ recorreu-se ao teste Anova One-Away. Atendendo a esta hipótese foram discriminadas três categorias relativamente à duração de cuidados, sendo estas “menos de 1 ano” , “entre 1 a 5 anos” e “mais de 5 anos”.

Após a análise efectuada não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas pelo que o tempo como cuidador não aparece relacionado com a sobrecarga física, emocional e social não se confirmando a hipótese enunciada. No entanto, é importante referir que nas dimensões de Mecanismos de eficácia e controlo e Suporte Familiar, os resultados podem ser considerados marginalmente significativos, visto que os valores de p são de 0,062 e 0,052 respectivamente, como se observa na tabela 14. Após a comparação múltipla de médias através do teste Scheffé, podemos afirmar que as médias referente a “menos de 1 ano e mais de 5 anos” são, ainda que marginalmente, significativas na dimensão Mecanismos de Eficácia e Controlo. Já no que diz respeito à dimensão Suporte Familiar, as médias referentes a “entre 1 a 5 anos e mais de 5 anos” é que são significativamente diferentes.

Tabela 14

Médias dos sujeitos nos efeitos principais a nível das variáveis “menos de 1 ano” “entre 1 a 5 anos” e “mais de 5 anos” relativamente à duração de cuidados.

MÉDIAS DE DURACÇÃO DE CUIDADOS			
DIMENSÕES	MENOS DE UM ANO	ENTRE 1 A 5 ANOS	MAIS DE 5 ANOS
Mecanismos Eficácia e Controlo	3,02	2,78	2,42
F(2,88) =2,901, P=0,065			
Suporte Familiar	2,68	2,65	2,03
F(2,88) =3,053, P=0,052			

Passando à última das nossas **hipótese**, “*Prevê-se que existam diferenças estatisticamente significativas na percepção de coesão e flexibilidade familiar em função do sexo do cuidador informal e do momento referente ao “antes” e “depois” do aparecimento da doença de Alzheimer*” recorreu-se ao teste ANOVA de medições repetidas pois estamos a analisar os valores obtidos pelos mesmos sujeitos em dois momentos diferentes e sua possível interação com a variável sexo. Para se obter o nível de comportamento funcional/disfuncional percebido pelo sistema familiar, como descrito anteriormente, foram criados rácios de pontuação, mais concretamente o rácio de coesão familiar, o rácio de flexibilidade e o rácio de funcionamento familiar.

Começa a analisar-se o Funcionamento Familiar, e posteriormente, foram analisadas as duas dimensões que fazem parte do mesmo, a coesão e a flexibilidade familiar. Como dito anteriormente, o funcionamento familiar é conseguido através das médias do rácio de coesão e o rácio de flexibilidade familiar, tendo sido verificado que não existem efeitos de interação entre a variável sexo e momento (antes ou depois do aparecimento da Doença de Alzheimer) nesta dimensão. No entanto, encontrou-se um efeito principal na variável sexo. São os cuidadores do sexo feminino que apresentam médias inferiores de coesão no momento antes da doença (1,92) face aos cuidadores do sexo masculino que apresentam essas médias mais elevadas (2,26). No que concerne ao momento depois da doença, são as mulheres que mantêm essas médias mais baixas (1,86) comparativamente aos homens que apresentam, novamente, a média mais elevada de funcionamento familiar (2,28). (tabela 15 e 16)

Tabela 15

Médias dos sujeitos no efeito principal da variável sexo relativamente à dimensão funcionamento familiar antes da doença de Alzheimer.

Dimensão: FUNCIONAMENTO FAMILIAR	
ANTES DA DOENÇA	
	Média
MASCULINO	2,26
FEMININO	1,92

F(1,89) =13,09 ; P=0,001

Tabela 16

Médias dos sujeitos no efeito principal da variável sexo relativamente à dimensão funcionamento familiar depois da doença de alzheimer.

Dimensão: FUNCIONAMENTO FAMILIAR	
DEPOIS DA DOENÇA	
	Média
MASCULINO	2,28
FEMININO	1,86

F(1,89) =13,09 ; P=0,001

Relativamente à **variável coesão familiar** foi encontrado um **efeito de interacção** entre a variável sexo e momento e um **efeito principal** para a variável sexo. O efeito de interacção encontrado, embora seja marginalmente significativo, permite afirmar que a percepção de coesão é mais baixa nos cuidadores do sexo feminino no que concerne ao momento antes da doença (1,32) e mantêm-se no mesmo sentido relativamente ao momento depois da doença (1,29) comparando com os cuidadores do sexo masculino que apresentarem uma média de 1,55 antes da doença e uma média de 1,61 face ao momento depois da doença como se encontra descrito na tabela 17. Quanto ao efeito principal na variável sexo, leva-nos a considerar novamente que a percepção de coesão é significativamente mais baixa nos cuidadores do sexo feminino face aos cuidadores do sexo masculino independentemente do momento, antes ou depois da doença (F(1,89) =12,45; p=0001).

Tabela 17

Médias dos sujeitos na interacção das variáveis sexo e momento antes e depois da doença relativamente à dimensão coesão familiar.

Dimensão: COESÃO FAMILIAR		
MÉDIA	ANTES DA DOENÇA	DEPOIS DA DOENÇA
MASCULINO	1,55	1,61
FEMININO	1,32	1,29

F(1,89) =3,958 ; P=0,050

Prosseguimos para a última dimensão do funcionamento familiar, a flexibilidade familiar onde podemos verificar que não foram encontrados efeitos de interação entre a variável sexo e a variável momento (antes ou depois do aparecimento da Doença de Alzheimer). No entanto, encontrou-se **dois efeitos principais**, um na variável sexo, outro ao nível da variável momento. Como se observa na tabela 18 e 19, no que diz respeito à variável sexo, verifica-se que a percepção de flexibilidade é significativamente mais baixa nos cuidadores do sexo feminino (1,21) comparativamente com os cuidadores do sexo masculino no momento antes da doença (1,42), quanto ao momento depois da doença são as mulheres que mantêm a média de flexibilidade familiar mais baixa (1,15) comparando os homens que apresentam uma média de 1,35. Quanto à variável momento, verificou-se que a coesão é mais baixa no momento depois do aparecimento da doença de Alzheimer no sistema familiar (1,21) comparativamente ao momento antes do aparecimento da doença (1,28) como se pode verificar na tabela 20.

Tabela 18

Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável sexo relativamente à dimensão flexibilidade familiar antes da doença de alzheimer.

Dimensão: Flexibilidade FAMILIAR	
ANTES DA DOENÇA	
Média	
MASCULINO	1,42
FEMININO	1,21

$$F(1,89) = 7,48 ; P = 0,008$$

Tabela 19

Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável sexo relativamente à dimensão flexibilidade familiar depois da doença de alzheimer.

Dimensão: Flexibilidade FAMILIAR	
DEPOIS DA DOENÇA	
Média	
MASCULINO	1,35
FEMININO	1,15

$$F(1,89) = 7,48 ; P = 0,008$$

Tabela 20

Médias dos sujeitos nos efeitos principais da variável momento relativamente à dimensão flexibilidade familiar.

Dimensão: Flexibilidade FAMILIAR		
		MÉDIA
MOMENTO	Antes da DA	1,28
	Depois da DA	1,21

F(1,89) =10,46 ; P=0,02

Discussão dos Resultados

1. Percepção de Sobrecarga em função do sexo e apoio formal

No que concerne à **hipótese 1**, de que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de sobrecarga em função do sexo dos cuidadores informais e da existência de apoio formal nos cuidados, os resultados verificaram que relativamente à avaliação de sobrecarga do cuidador informal (**sobrecarga total**), existe um efeito principal na variável sexo. Podemos considerar que entre cuidadores homens e cuidadores mulheres, são as mulheres que apresentam níveis de sobrecarga superior. Apesar de na variável apoio, não se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas, o resultado apresenta-se como marginalmente significativo, podendo ser entendido como uma tendência para que sem a ajuda de apoio formal (como centros de dia, apoio domiciliário, entre outros) os cuidadores informais experienciam uma percepção de sobrecarga mais elevada em detrimento daqueles que dispõem dessa ajuda relativamente à sobrecarga total. No entanto, as respostas de auxílio aos idosos com demência e às suas famílias ainda são deficientes, em geral limitadas a iniciativas isoladas, não integradas e raramente articuladas. As principais fontes de ajuda dos cuidadores são oriundas do sistema informal ou seja da rede de familiares, amigos e vizinhos como referem os estudos de Imaginário (2004) e Carretero Gómez et al., (2006). A inexistência de serviços formais, as alterações estruturais da família com núcleos familiares cada vez mais restritos, a distância social com os filhos e as mudanças da vida em sociedade, bem como a fragilidade dos laços de solidariedade, podem explicar o facto do apoio informal não chegar a mais famílias.

No que diz respeito às dimensões que fazem parte da avaliação de sobrecarga do cuidador informal, verificou-se que existem efeitos de interacção nas variáveis sexo e apoio formal, em duas dimensões, mais concretamente na dimensão **sobrecarga emocional**, em que se observa que os cuidadores do sexo masculino, com apoio formal, apresentam resultados mais baixos de sobrecarga comparativamente aos cuidadores do sexo feminino sem e com apoio formal, e na dimensão **sobrecarga financeira**, onde se verifica que os cuidadores femininos sem apoio formal apresentam níveis significativamente mais elevados de sobrecarga quando comparados com os cuidadores masculinos, também sem esse apoio. É pertinente observar que nesta dimensão (sobrecarga financeira) os cuidadores masculinos apresentam níveis mais elevados de sobrecarga face às inerentes dificuldades económicas decorrentes da situação de doença prolongada do familiar, bem como, à incerteza quanto ao

futuro, quando dispõem de alguma ajuda formal. Como dito anteriormente, essa ajuda apresenta-se como, entre outros, centros de dia e apoio domiciliários, ou seja serviços que são pagos, ao contrário das mulheres onde o mesmo não se verifica.

Na primeira dimensão descrita, a sobrecarga emocional, são as mulheres que apresentam uma maior sobrecarga relativamente às emoções negativas que podem levar a conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento, perante a situação em que se encontram comparativamente aos homens, que como vimos, apresentam esses níveis menos elevados. Este facto, pode ser explicado pela existência frequentemente, de um outro cuidador ou membro da família, que apoie e ajude na prestação de cuidados, no caso do cuidador informal pertencer ao sexo masculino (Roig,1998). Segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2002), os efeitos das redes sociais têm um efeito positivo na diminuição da sobrecarga dos cuidadores informais. No entanto, o que pode parecer lógico e compreensível a aceitação de ajudas, esta situação não parece ser tão linear. A sobrecarga é complexa e multidimensional, sendo que no nosso estudo foi possível verificar que os cuidadores informais do sexo feminino que têm apoio formal, apresentam níveis de sobrecarga mais elevados nesta dimensão. Uma possível explicação para o resultado nesta dimensão em particular, poderá ser o facto de, quando essa ajuda é feita fora do círculo familiar, a pressão e os valores sociais enraizados no modelo de família tradicional, leva a um sentimento na mulher que cuida de conflitos internos confinados ao dever moral de cuidar, que como vimos anteriormente, é socialmente aceite.

Relativamente aos efeitos principais na variável sexo, os cuidadores femininos apresentam níveis significativamente mais elevados comparativamente aos cuidadores masculinos em cinco, das sete dimensões da sobrecarga. Quanto aos efeitos principais na variável apoio formal, foram encontrados em três das dimensões do QASCI, podendo considerar-se que quando não existe um apoio exterior ao círculo familiar, os cuidadores tendem a perceber níveis mais elevados de sobrecarga, comparativamente aos cuidadores que dispõem dessa ajuda.

Estes resultados vão de acordo ao estudo desenvolvido por Roig (1998) que teve como objectivo medir a sobrecarga experienciada pelos cuidadores principais de pacientes com Alzheimer e que obteve como resultado médias superiores de sobrecarga nos cuidadores do sexo feminino comparativamente aos cuidadores do sexo masculino. O estudo de Papastavrou et al (2007) aponta no mesmo sentido, visto que os autores afirmam que são as mulheres que apresentam pontuações mais elevadas de sobrecarga e depressão quando comparadas com os cuidadores homens. Mais recentemente, o autor Ricarte (2009) ao comparar os níveis de

sobrecarga face ao sexo do cuidador, concluiu que os elementos do sexo feminino apresentam níveis de sobrecarga mais elevados em comparação com o sexo masculino.

Os resultados encontrados apontam no sentido da hipótese levantada, podendo concluir-se que os cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer experienciam diferentes níveis de sobrecarga em função do sexo e à existência de apoios formais aos cuidados.

2. Percepção de Sobrecarga e Duração dos Cuidados

Passando agora para a discussão dos resultados respectivos à análise da segunda hipótese em estudo, era esperado que quanto maior fosse a duração dos cuidados prestados pelo cuidador informal, menor seria a percepção de sobrecarga.

Os resultados que obtivemos infirmam esta hipótese, pelo que era esperado que à medida que o tempo avançasse, o cuidador se adaptasse à situação e os níveis de sobrecarga fossem diminuindo, no entanto este processo parece não ser tão linear. Este resultado pode dever-se ao facto da doença de Alzheimer, à luz da literatura, evoluir para estádios de gravidade crescentes, caracterizados de fase inicial, fases mais avançadas (ou intermédias) e fase terminal (Barreto, 2005; Santana, 2005; Falcão & Bucher-Maluschke, 2009). Estes estádios que caracterizam esta doença degenerativa requerem cuidados específicos e diferenciados que implicam uma constante modificação e adaptação de estratégias para lidar com os cuidados a ter. No entanto, como se encontra explanado anteriormente, na dimensão *Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo*, que compreende aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas que advêm do desempenho de papel e na dimensão *Satisfação com o Papel e com o Familiar que* diz respeito a sentimentos e emoções positivas, aumento de auto-estima e sentir-se mais próximo do doente, decorrentes do desempenho do papel e da relação afectiva que o cuidador estabelece com o sujeito alvo dos cuidados, os níveis de sobrecarga foram diminuindo com o aumento da duração de tempo. Como dito anteriormente, apesar destas dimensões reportarem a forças positivas, as pontuações obtidas nos itens foram invertidas, pelo que valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou sobrecarga.

3. Funcionamento Familiar antes e depois do aparecimento da Doença de Alzheimer em função do sexo do cuidador.

Quanto à **hipótese 3**, de que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de coesão e flexibilidade em função do sexo do cuidador informal e do momento referente ao “antes” e “depois” do aparecimento da doença de Alzheimer” não foram verificados efeitos de interacção entre a variável sexo e momento (antes ou depois do aparecimento da Doença de Alzheimer) relativamente ao **funcionamento familiar**. Apesar de não se ter verificado esse efeito, no que respeita ao sexo, encontrou-se um efeito principal que nos leva a inferir que são os cuidadores do sexo feminino que percebem menor funcionamento familiar. Independentemente do momento antes ou depois do aparecimento da doença, são os cuidadores femininos que percebem a sua família como menos funcional. Visto que são também os cuidadores do sexo feminino que percebem uma maior sobrecarga face aos cuidados, uma possível explicação poderá ser, à luz da literatura, o facto de serem as mulheres que utilizam menos estratégias de coping, e por sua vez, menos eficazes para enfrentar a doença do familiar (Roig & Abengózar, 1998; Eters, Goodall & Harrison, 2008) e do papel de cuidar, ser ainda, imposto pela sociedade. Segundo Sequeira (2007), referente às questões de género do cuidador “tal se deve a aspectos tautológicos sobre os papéis sexuais, uma vez que cuidar não faz parte do papel social do homem”.

Procedeu-se em seguida à análise da dimensão, a **coesão familiar**, onde se verificou um efeito de interacção entre a variável sexo e momento e um efeito principal para a variável sexo que sugere que a percepção de coesão é mais baixa nos cuidadores do sexo feminino independentemente do momento. Antes, ou depois do aparecimento da doença no sistema familiar, e comparando com os cuidadores homens, são de facto as mulheres que apresentam uma menor coesão familiar. Quanto à dimensão **flexibilidade familiar** encontrou-se dois efeitos principais, um na variável sexo, outro ao nível da variável momento. Os resultados parecem apontar no sentido de que, como encontrado nas dimensões anteriores, são as mulheres a terem uma percepção de flexibilidade familiar significativamente mais baixa quando comparadas com os cuidadores homens, mais uma vez independentemente de ser antes ou depois do aparecimento da doença de Alzheimer. No efeito principal na variável momento, verificou-se a flexibilidade familiar é mais baixa no momento depois do aparecimento da doença de Alzheimer no sistema familiar. Estudos sobre a doença crónica, de Gustafsson e colaboradores (1987) pretenderam comparar famílias de crianças asmáticas com famílias de crianças diabéticas e famílias de crianças saudáveis, utilizando a metodologia

proposta por Olson e colaboradores, tendo sido verificado que as primeiras mostravam com mais frequência padrões de interação disfuncionais. O estudo de Romano, Turner e Jensen (1997), com uma amostra de 50 pacientes com dor crónica e os seus cônjuges e 33 participantes como grupo de controlo e os seus conjugues, pretendeu avaliar as medidas do ambiente familiar, satisfação conjugal e funcionamento físico e psicológico dos doentes. Como resultado, o grupo de pacientes com dor crónica manifestou menor coesão familiar quando comparados ao grupo de controlo. Viana, (2007), utilizou a versão portuguesa da FACES III, para investigar a estrutura de 28 famílias de crianças com Artrite Crónica Juvenil, tendo verificado que uma grande parte destas famílias se situava nos extremos quanto à adaptabilidade e à coesão, eram aglutinadas ou desagregadas e caóticas ou rígidas.

É importante referir que após a pesquisa bibliográfica efectuada não foram encontrados estudos que utilizem o FACES IV para avaliar o impacto de uma demência no funcionamento do sistema familiar, e não foi encontrado nenhum estudo que responda à hipótese anteriormente colocada, que pretenda conhecer as diferenças entre a percepção de coesão, que se entende pela ligação emocional entre os membros da família e a capacidade da família mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações e negociações ao longo do ciclo vital (a flexibilidade) em função do sexo e antes e depois do aparecimento de uma doença degenerativa, neste caso a Doença de Alzheimer no sistema familiar. Por esse motivo, a nossa última hipótese procurou compreender a forma como o sistema familiar se relaciona com o aparecimento de uma doença com as características da Doença de Alzheimer.

4. Considerações Finais

O presente estudo procurou verificar a existência de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer e perceber o nível de funcionalidade/disfuncionalidade do seu sistema familiar, recorrendo ao questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal e ao Modelo Circumplexo de Olson (2000).

Verificou-se, que como indica a literatura, os cuidadores informais são na sua maioria mulheres, filhas ou casadas com os próprios doentes. Os dados obtidos no presente estudo sugerem que existe sobrecarga nos cuidados informais que participaram, sendo que existem diferenças significativas na percepção da mesma em função do género do cuidador e da existência de apoios externos ao círculo familiar para lidar com os cuidados. No que concerne à duração dos cuidados prestados pelos cuidadores informais, não podemos inferir que o tempo como cuidador se encontre relacionado com a sobrecarga física, emocional e social, não se confirmando a hipótese 2. A complexidade e os estádios que caracterizam a doença de Alzheimer podem ser uma possível justificação para este resultado. Além disso, foram encontradas diferenças significativas no funcionamento familiar, na coesão familiar e na flexibilidade familiar em função do género do cuidador, sendo que na dimensão coesão familiar, através do efeito de interacção encontrado, podemos inferir que os cuidadores do sexo feminino percebem a sua família como menos coesa, quer no momento antes, quer depois, do aparecimento da doença no sistema familiar. Na dimensão flexibilidade, como referido anteriormente, a par do efeito principal na variável sexo, os resultados sugerem que a flexibilidade é mais baixa, depois do aparecimento da doença de Alzheimer no sistema familiar.

No que respeita às limitações do estudo, podemos apontar que a principal limitação prende-se com o facto dos cuidadores responderem à escala de avaliação da flexibilidade e coesão familiar tendo por base a recordação de como era a sua família antes do aparecimento da doença do familiar. No entanto, para perceber o impacto da mesma no sistema familiar tornou-se fundamental questionar os cuidadores informais nesse sentido. Outra limitação que consideramos importante, diz respeito à amostra ter sido recolhida em diferentes localidades e em condições diferentes (rurais e urbanas) que podem condicionar os resultados, pelo que seria pertinente realizar estudos semelhantes dada à importância das questões abordadas tendo em consideração as limitações apresentadas.

Os resultados apresentados esperam contribuir para o planeamento de estratégias de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta área possam de uma forma mais

eficaz, junto dos membros das famílias que cuidam, ajudar a maximizar as suas capacidades face ao cuidar, minimizando as implicações negativas.

Referências Bibliográficas

A. Castro-Caldas, & A. Mendonça. (2005). *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa:Lidel.

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª ed.). Lisboa: Quarteto.

Alzheimer's Association / Alzheimer's & Dementia 5 (2009) 234–270 - 2009 Alzheimer's disease facts and figures).

Andrén, S. & Elmstahl, S. (2007). The relationship between caregiver burden, caregiver's perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 790-799.

Andreasen, N. (2003). *Admirável Cérebro Novo: Dominar a doença mental na era do genoma*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

APA – American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo, C. & Nicoli, J. (2010) Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), São Paulo, junho 2010: 231-44.

Araújo, I. ; Paúl, C. & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 2*.

Ballard, E. (1999) Social Work Perspectives: Issues in Caregiver Research: The Family. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 13:S88-92, 1999.

Barreto, J (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (org.s). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40). Lisboa:Lidel.

Baptista, B., Beuter, M., Girardon-Perlini, N., Brondani, C., Budó, M. & Santos, N. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar. Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):147-56.*

Brandão, L., Wagner, G.P., & Carthery-Goulart, M. T. (2006). Disfunções cognitivas da doença de Alzheimer. In M.P. Parente (Org). *Cognição e envelhecimento (pp. 239-258).* Porto Alegre: Artmed Editora.

Caldas, C. P. (2002). O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (M. C. S. Minayo & C. Coimbra Jr., org.), pp. 51-71, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Carretero Gómez, S., Ferrer, J., Ródenas, F., & López, S. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes análisis y propuestas de intervención psicosocial. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Chan, R. C.K. (2001). Attentional deficits in patients with post-concussion symptoms: a componential perspective. *Brain Injury 115 (1) 71-94.*

Cummings, J., Frank, J., Cherry, G., Kohatsu, N., Kemp, B., Hewett, L. et al. (2002) Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I assessment. *American Family Physician, 65, 2263-2272.*

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M. & Fernandes, M. (2010) As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência - III Série - n.º 2 - Dez. 2010 pp.127-136.*

Escudero, Diaz Alvares & Pacoal Cortés, (2001). Cuidadores Informales : Necesidades y Ayudas. *Rol Enf. Vol 24, nº 3 (2001), p. 183-189.*

Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 20 (2008) 423-428.*

Falcão, D. & Bucher-Maluschke, J. (2009). O impacto da Doença de Alzheimer nas relações intergeracionais. *Psicologia Clinica*, Rio de Janeiro, vol.21, n.1, p.137-152

Falcão, D. & Bucher-Maluschke, J. (2009). Cuidar de familiares idosos com doença de Alzheimer: Uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (pp.285-311)*. Lisboa: Climepsi.

Fornari, T., Garcia,L., Hilbig, A., & Fernandez, L. (2010). As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Scientia Medica (Porto Alegre)* ; volume 20, número 2, p. 185-193.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Climepsi.

Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça. (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

George, LK & Gwyther, LP. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*. 1986 Jun;26(3):253-9.

Given C.W., Given B.A., Stommel V. & Azzouz F. (1999). The impact of new demands for assistance on caregiver depression: tests using an inception cohort. *Gerontologist* 39(1), 76–85.

Gonçalves-Pereira M, Sampaio D. (2011). Trabalho com famílias em psiquiatria geriátrica. *Acta Médica Portuguesa* 2011; 24(S4):819-826.

Gonçalves-Pereira M, Sampaio D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 29(1):3-10.

Góngora, J. (2002). Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. *Psicológica*, 31, 63-85.

Gusman, A., Costa, G., Bastos, J., Magalhães, K., Maia, L., Pena, M., Xavier, P., Faria, T. & Thom, V. (1997). A Dor e o Controle de Sofrimento. *Revista de Psicofisiologia*, 1 (1), 1-19.

Imaginário, Cristina (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra. Formasau.

Krom MM. Família e mitos – prevenção e terapia: resgatando histórias. *São Paulo: Summus; 2000*.

Laks, J., Engelhardt, E. (2010). Peculiarities of Geriatric Psychiatry: A focus on Aging and Depression. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 16 374–379.

LoGiudice, D. (2002). Dementia: an update to refresh your memory. *Intern Med J*. 2002; 2: 535-40.

Martín, I. & Paúl, C. & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*., 1 (1), 3-9.

Martins, T., Ribeiro, T & Garrett, JP. (2003). Estudo de validação do questionário de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.

Martins, T., Ribeiro, T & Garrett, JP. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*, 11, 17-31.

Mausbach, T., Chattillion, A., Roepke, K., Patterson, L & Grant, I. (2012). A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*.

Mendonça, F., Martinez, M & & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Revista de Geriatria*, 13 (127), 33-49.

Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: *Jean-Pierre Delarge*.

Minuchin, S. (1982). *Famílias funcionamento e tratamento*. Ed. *Artes Médicas. Porto Alegre*.

Montgomery R.J.V. (1996). Advancing caregiver research: weighing efficacy and feasibility of interventions. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 51B, S109.

Moreira, O. I., & Oliveira, C.R. (2005). Fisiopatologia da doença de Alzheimer e outras demências. In. A. Castro Caldas & A. Mendonça. (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: *Lidel*.

McKhann G, Drachman D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 1984; 34: 939-44.

Nunes, B., Silva, R.D., Cruz, V.T., Roriz J.M., Pais, J & Silva, MC.(2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*. 2010;10:42.

Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodriguez, Lobo, L & Garcia, C. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* ; vol 38, n1: 40-46.

Olson, D. H. (1999). Circumplex Model of Marital & Family Systems. *Journal of Family Therapy*. Special Edicion entitled *Empirical Approaches to Family Assessment*.

Olson D. H., & Gorall D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) (514-147). *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press (2003).

Olson D. H. (2011). Faces IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital e Family Therapy*. Vol.3,1,64-80.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (III), 345-362.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S., Tsangari, H.& Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing* 58 (5), 446-457.

Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009) Dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev. APS*, v. 12, n. 1, p. 72-82.

Relvas, A. P. (2002). A mulher na família: em torno dela. Em A. P. Relvas & M. Alarcão (Orgs.), *Novas formas de família* (pp. 299-340). Coimbra: Quarteto.

Relvas, P. (2004). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. Ed. Afrontamento.

Rizzo, D. & Schall, V. (2007). Representações sociais de cuidadores principais de pacientes com demência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1):39-48.

Russo, J., Vitalino, P., Brewer, D., Katon, W. & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease an matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *J. Abnorm. Psychology* 104,197-204

Roig, M., Abengózar, M. & Serra, E. (1998). *La sobrecarga en los ancianos principales de enfermos de Alzheimer*. *Anales de psicología*, vol.14, nº2, 215-227.

Romano, J., Turner, J. & Jensen, M. (1997). The Family Environment in Chronic Pain Patients: Comparison to Controls and Relationship to Patient Functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4 (4), 383-395.

Sampaio, D. & Gameiro, J. (1992). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento. (Obra original publicada em 1985)

Santana, I., Mendonça, A. & Garcia, C. (2001). *A doença de Alzheimer*. *Alzheimer Portugal - Texto publicado sob autorização da Alzheimer Europe*.

Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências: diagnóstico diferencial. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça. (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Santana, I. & Cunha, L. (2005). *Demência(s): manual para médicos*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

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

Silveira, T., Caldas, C., & Carneiro, T. (2006). Cuidando de idosos dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 22(B):1629-1638.

Simonetti, J. & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):19-25.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar , 2004.

Schulz, R. & Martire, L. (2004). Family Caregiving of Persons With Dementia Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 12:3

Szinovacz, M. (2003). Caring for a demented relative at home: Effects on parent-adolescent relationships and family dynamics. *Journal of Aging Studies* 17 (2003) 445-472.

Skoog, I. & Copeland, J. (2002). Nosology of Dementia. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, 2nd edn. Edited by J. R. M. Copeland, A. Saleh & D. G. Blazer. John Wiley & Sons Ltd (2002).*

Small, D. & Cappai, R. (2006). Alois Alzheimer and Alzheimer's disease: a centennial perspective. *Journal of Neurochemistry*, 99,708-710.

Szinovacs, M. E., (2003). Dealing with dementia: Perspectives of caregivers' children. *Journal of Gerontology :Social Sciences*, 59 B, pp 333-342.

Teixeira, A. L., & Cardoso, F. (2005). Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 30(11), 29-34.

Teri, L., Logsdon RG., Uomoto, J. (1997) Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52B:P159-P16.

Torti, F., Gwyther, L., Reed., Friedman, J., Schulman, K. (2004). A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord* , Vol.18, Nr 2.

Torre, J.C. (2004). Is Alzheimer's Disease a neurodegenerative or a vascular disorder? Data, dogma, and dialectics. *Lancet Neurology*, 3 (3), 184-190.

Valete, J. (2006). Introdução e evolução histórica do conceito de demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp.343-356). Coimbra: *Psiquiatria Clinica*.

Verma, M. & Howard, R.J. (2012). Semantic memory and language dysfunction in early Alzheimer's disease: a review. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 27, pp.1209-1217.

Viana, V., Barbosa, M. & Guimarães, J. (2007). Doença Crónica na Criança: Factores Familiares e Qualidade de Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 117-12-

Winslow, B. W. (2003). Family caregivers' experiences with community services: a qualitative analysis. *Public Health Nursing*, 20(5), 341-348.

Winter, K. H, Bouldin, E & Andresen, E. (2010) Lack choice in caregiving decision and caregiver risk of stress. *Preventing Chronic Disease* . Vol. 7, nº 2, p. 1-11.

Zanini, R. (2010). Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects. *Rev Neurocienc.* 8(2):220-226.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento informado.....	1
Anexo 2: Questionário utilizado.....	2
Anexo 3: Resposta ao pedido para recolha da amostra no ACES XII-Oeste Norte.....	10
Anexo 4: Critério para o diagnóstico de possível/provável Doença de Alzheimer.....	11
Anexo 4.1: Critério de Diagnóstico para Demência de Alzheimer (APA, 2002).....	11
Anexo 4.2: Diagnóstico de Doença de Alzheimer provável (McKann et al. 1984 adaptado de Skoog & Copeland, 2002).....	11
Anexo 5: Dados demográficos e caracterização da amostra.....	12
Anexo 5.1: Distribuição dos sujeitos por sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, estatuto profissional, relação com o doente, residência com o doente, duração de cuidados e existência de apoio formal.....	12
Anexo 6: Análise Descritiva.....	15
6.1:Qualidades psicométricas do instrumento.....	15
6.2:Análise descritiva geral.....	21
6.3:Resultados do teste T-Student para caracterização do sexo face à sobrecarga total.....	53
6.4: Resultados do teste T-Student para a caracterização dos sujeitos que dispõem de apoio formal em todas as dimensões do QASCI.....	54
6.5: Resultados do teste T-Student para a caracterização do Rácio de Funcionamento Familiar segundo o género dos participantes, referente ao momento antes e depois da doença de Alzheimer.....	55
Anexo 7: Análise estatística para testar a hipótese 1.....	57
7.1: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga (total) em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	57
7.2: Anova Two-way para analisar a percepção na dimensão sobrecarga emocional em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	59

7.3: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Implicações na vida pessoal em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	61
7.4: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão sobrecarga financeira em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	63
7.5: Anova Two-way para analisar a percepção de reacções a exigências em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	65
7.6: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Mecanismos de Eficácia e Controlo em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	66
7.7: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Suporte Familiar em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	68
7.8: Anova Two-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Satisfação com o papel e familiar em função do sexo dos cuidadores e cuidadores informais e da existência de apoio formal aos cuidados.....	69
Anexo 8: Análise estatística para testar a hipótese 2.....	72
8.1: Anova One-way para analisar a percepção de sobrecarga (todas as dimensões) em função da duração dos cuidados.....	72
8.2: Anova One-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Mecanismos de Eficácia e Controlo em função da duração dos cuidados.....	72
8.3: Anova One-way para analisar a percepção de sobrecarga na dimensão Suporte Familiar em função da duração dos cuidados.....	74
Anexo 9: Análise estatística para testar a hipótese 3.....	76
9.1: Anova de medidas repetidas para analisar o rácio de funcionamento familiar em função do sexo dos participantes e do momento “antes e depois” da doença de Alzheimer.....	76

9.2: Anova de medidas repetidas para analisar o rácio de coesão familiar em função do sexo dos participantes e do momento “antes e depois” da doença de Alzheimer.....	80
9.3: Anova de medidas repetidas para analisar o rácio de flexibilidade familiar em função do sexo dos participantes e do momento “antes e depois” da doença de Alzheimer.....	84
Anexo 10: Mapa Conjugal e Familiar (Olson, 2011).....	88

ANEXOS

Anexo 1

Consentimento Informado

Eu, Carina Daniela Santos Jordão, solicito a sua participação numa investigação no âmbito da dissertação inerente ao Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário (ISPA-IU). O estudo procura compreender o impacto da Doença de Alzheimer na sobrecarga, adaptabilidade e coesão familiar. A pertinência desta investigação é a importância da exploração e clarificação de como é que as famílias respondem às mudanças que advêm de uma situação de dependência como acontece na Doença de Alzheimer tão representativa nos dias de hoje.

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 pesquisador terá acesso aos seus nomes. Fui informado de que a minha participação é voluntária pelo que não haverá remuneração pela mesma.

Declaro que li todas as informações contidas nesta declaração, e que recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projecto. Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar o meu consentimento e interromper a minha participação.

Assinatura do Participante

Data: / /

Anexo 2
Questionário utilizado

Questionário Sociodemográfico:
Informações sobre o Cuidador Informal:

Por favor, assinale com um X as respostas que correspondem à sua situação.

Sexo :

Masculino

Feminino

Idade:

_____ anos

O seu estado civil: Solteiro Casado ou União de Facto Separado Viúvo

Filhos: Não

Sim, quantos? _____

Habilitações Literárias:

Nenhuma (nunca frequentou a escola)

Escola Primária/ 1º ciclo

Ciclo Preparatório/ 2º ciclo

3º ciclo (7º ano – 9º ano)

Ensino Secundário (10º-12º ano)

Ensino Superior

Estatuto Profissional

- Empregado/a a tempo inteiro
- Empregado/a a tempo parcial
- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Trabalhador-Estudante

Qual a sua relação com a pessoa que tem diagnóstico de possível/provável Doença de Alzheimer?

- Sou o/a marido/ mulher
 - Sou o/a irmão/irmã
 - Sou o/a filho/a
 - Sou o/a sobrinho /Sobrinha
 - Sou o/a neta(o)
 - Sou o/a genro/ nora
 - Outro
- Qual? _____

Reside com a pessoa que tem diagnóstico de possível/provável Doença de Alzheimer?

- Sim
- Não

Tempo de duração de cuidados

- Menos de 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 2 a 3 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Mais de 5 anos

Dispõe de algum apoio formal que o ajude a lidar com a situação do seu familiar? (Apoio domiciliário, grupos de suporte para cuidadores, etc...)

- Sim
- Não

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra.	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil.	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar.	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família(que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do sue familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

De seguida, encontrará algumas afirmações acerca do funcionamento familiar. Escolha (assinalando com um X) a opção para cada afirmação que melhor corresponda ao que acontece na sua família, referente a antes e depois da doença do seu familiar.

	ANTES DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR					DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR				
	Discord o Forteme nte	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concor do Forteme nte	Discord o Forteme nte	Discord o	Não concordo nem discordo	Concord o	Concord o Forteme nte
1. Os membros da família estão envolvidos nas vidas uns dos outros.										
2. A nossa família tenta novas formas de lidar com os problemas.										
3. Nós damo-nos melhor com pessoas fora da nossa família do que de dentro.										
4. Nós passamos tempo demais juntos.										
5. Há consequências rígidas para a quebra de regras na nossa família.										
6. Nós nunca parecemos ficar organizados na nossa família.										
7. Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros.										
8. Os pais partilham igualmente a liderança na nossa família.										
9. Os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros quando estão em casa.										
10. Os membros da família sentem-se pressionados para passar a maior parte do tempo livre juntos.										
11. Existem consequências claras quando um membro da família faz algo de errado.										
12. É difícil saber quem é o líder na nossa família.										
13. Os membros da família apoiam-se uns aos outros, durante tempos difíceis										
14. A disciplina é justa na nossa família.										

	ANTES DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR					DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR				
	Discord o Forteme nte	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concor do Forteme nte	Discord o Forteme nte	Discord o	Concordo	Concord o Fortemen te	Concord o Forteme nte
15. Os membros da família sabem muito pouco acerca dos amigos dos outros membros da família.										
16. Os membros da família estão demasiado dependentes uns dos outros.										
17. A nossa família tem uma regra para quase todas as situações possíveis.										
18. É difícil levar a cabo as coisas na nossa família.										
19. Os membros da família consultam outros membros da família em decisões importantes.										
20. A minha família é capaz de se ajustar a mudanças quando é necessário.										
21. Os membros da família estão por sua conta quando há um problema a ser resolvido.										
22. Os membros da família têm pouca necessidade de amigos fora da família.										
23. A nossa família é altamente organizada.										
24. Não é claro quem é responsável pelas coisas (pequena tarefa, actividades) na nossa família.										
25. Os membros da família gostam de passar algum do seu tempo livre uns com os outros.										
26. Nós alternamos as responsabilidades domésticas, de pessoa para pessoa.										
27. A nossa família raramente faz coisas juntas.										
28. Nós sentimo-nos demasiado ligados uns aos outros.										
29. A nossa família fica frustrada quando há uma mudança nos nossos planos ou rotinas.										
30. Não há liderança na nossa família.										
31. Apesar dos membros da família terem interesses individuais ainda participam nas actividades da família.										
32. Nós temos regras e papéis claros, na nossa família.										
33. Os membros da família raramente dependem uns dos outros.										

	ANTES DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR					DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR				
	Discord o Fortemente	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo do Fortemente	Discord o Fortemente	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo do Fortemente
34. Na nossa família ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.										
35. É importante seguir as regras na nossa família.										
36. A nossa família não tem consciência de quem faz as diversas tarefas domésticas.										
37. A nossa família é equilibrada ao nível da separação e aproximação.										
38. Quando os problemas surgem nós acomodamo-nos.										
39. Os membros da família agem principalmente de forma independente.										
40. Os membros da família sentem-se culpados quando querem passar tempo afastados da família.										
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil modificar essa decisão.										
42. A nossa família sente-se sempre sobre pressão e desorganizada.										
43. Os membros da família estão satisfeitos com a forma de comunicar uns com os outros.										
44. Os membros da família são muito bons ouvintes.										
45. Os membros da família exprimem afecto uns pelos outros.										
46. Os membros da família são capazes de pedir uns aos outros o que querem.										
47. Os membros da família conseguem calmamente discutir os problemas uns com os outros.										
48. Os membros da família discutem as suas ideias e convicções uns com os outros.										
49. Quando membros da família fazem perguntas uns aos outros recebem respostas honestas.										
50. Os membros da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.										

	ANTES DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR					DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR				
	Discord o Fortemente	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concor do Fortemente	Discord o Fortemente	Discord o	Não concordo nem discordo	Concord o	Concord o Fortemente
51. Quando zangados, os membros da família raramente dizem coisas negativas sobre cada um dos outros.										
52. Os membros da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros.										
Quão satisfeito(a) está(s) com:	Muito Descontente	Um tanto Descontente	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito	Muito Descontente	Um tanto Descontente	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
53. O grau de proximidade entre os membros da família.										
54. A capacidade da família em lidar com o stress.										
55. A capacidade da família em ser flexível.										
56. A capacidade da família em partilhar experiências positivas										
57. A qualidade de comunicação entre os membros da família.										
58. A capacidade da família para resolver conflitos.										
59. A quantidade de tempo que passam em conjunto, como uma família.										
60. A forma como os problemas são discutidos.										
61. A justiça das críticas na família.										
62. A preocupação dos membros da família uns com os outros.										

Muito Obrigado pela Colaboração!

Anexo 3

Resposta ao pedido para recolha da amostra no ACES XII-Oeste Norte

Exma. Sr. D. Carina Jordão

De acordo com as orientações da Diretora Executiva, Eng^a Alexandra Borges, informamos que poderá aplicar o questionário, desde que as enfermeiras responsáveis acompanhem e supervisionem.

Para mais algum esclarecimento, disponha.

Atenciosamente,

Magda Carvalho

Secretariado da UAG Oeste Norte

Tel: 262 870 387; Fax: 262 870 381

R.Centro Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha

Email recebido dia 23-05-2013

Anexo 4

Critério para o diagnóstico de possível/provável Doença de Alzheimer

Anexo 4.1

Critério de Diagnóstico para Demência de Alzheimer (APA, 2002)

- A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por:1) Diminuição da memória.2) Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:(a) afasia;(b) apraxia;(c) agnosia;(d) perturbação na capacidade de execução.
- B. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.
- C. A evolução caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado.
- D. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 não são devidos a nenhum dos seguintes:1) outras doenças do sistema nervoso central que causam défices progressivos da memória e cognição;2) doenças sistémicas que causam demência;3) doenças induzidas por substâncias
- E. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um Delirium.
- F. A perturbação não é devida a outra perturbação do Eixo I

Anexo 4.2

Diagnóstico de Doença de Alzheimer provável (McKann et al. 1984 adaptado de Skoog & Copeland, 2002)

- 1) Síndrome demencial evocada pelos dados clínicos
- Presença de deficits em duas ou mais áreas cognitivas
 - Perda progressiva de memória ou de outras funções cognitivas
 - Nenhuma perturbação de consciência
 - Início entre os 40 e 90 anos
 - Ausência de perturbações sistémicas ou cerebrais que possam causar perturbações cognitivas progressivas
 - Perda progressiva de memória e outras funções cognitivas.
- 2)Deterioração progressivas da linguagem (afasia), das realizações cognitivas (apraxia) ou da percepção (agnosia)

Anexo 5
Dados demográficos e caracterização da amostra

Anexo 5.1

Frequências

Sexo do sujeito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	28	30,8	30,8	30,8
Feminino	63	69,2	69,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Idade do sujeito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-25 anos	4	4,4	4,4	4,4
26-40	10	11,0	11,0	15,4
41-55	28	30,8	30,8	46,2
56-65	27	29,7	29,7	75,8
66-75	11	12,1	12,1	87,9
Mais de 75	11	12,1	12,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Estado Civil do sujeito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	15	16,5	16,5	16,5
Casado ou União de Facto	63	69,2	69,2	85,7
Separado	7	7,7	7,7	93,4
Viuvo	6	6,6	6,6	100,0
Total	91	100,0	100,0	

O sujeito tem filhos?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	75	82,4	82,4	82,4
Não	16	17,6	17,6	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Número de filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não tem filhos	16	17,6	17,6	17,6
1-2	60	65,9	65,9	83,5
Valid 3-4	13	14,3	14,3	97,8
Mais de 4	2	2,2	2,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Habilitações Literárias do sujeito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Superior	24	26,4	26,4	26,4
Ensino Secundário (10º ano - 12º ano)	13	14,3	14,3	40,7
Valid 3ºciclo (7ºano -9º ano)	16	17,6	17,6	58,2
Ciclo Preparatório/ 2ºciclo	10	11,0	11,0	69,2
Escola Primária/1º ciclo	28	30,8	30,8	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Estatuto Profissional do sujeito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Empregado/a a tempo inteiro	30	33,0	33,0	33,0
Empregado/a a tempo parcial	5	5,5	5,5	38,5

Desempregado	19	20,9	20,9	59,3
Reformado	36	39,6	39,6	98,9
Trabalhador-Estudante	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Relação com o doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Marido/ Mulher	21	23,1	23,3	23,3
Filho/a	52	57,1	57,8	81,1
Irmão/Irmã	4	4,4	4,4	85,6
Genro/Nora	5	5,5	5,6	91,1
Sobrinho/a	1	1,1	1,1	92,2
Neto/a	4	4,4	4,4	96,7
Amigo(a)	3	3,3	3,3	100,0
Total	90	98,9	100,0	
Missing System	1	1,1		
Total	91	100,0		

Reside com o doente de Alzheimer?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	60	65,9	65,9	65,9
Não	31	34,1	34,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Duração de Cuidados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menos de 1 ano	17	18,7	18,7	18,7
Entre 1 a 2 anos	10	11,0	11,0	29,7
Entre 2 a 3 anos	18	19,8	19,8	49,5
Entre 3 a 5 anos	14	15,4	15,4	64,8
Mais de 5 anos	32	35,2	35,2	100,0

Total	91	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Apoio Formal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	50	54,9	54,9	54,9
Não	41	45,1	45,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Anexo 6 (Análise descritiva)
6.1 Qualidades Psicométricas do Instrumento

QASCI

Sobrecarga emocional

Case Processing Summary

	N	%
Valid	91	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,813	4

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Implicações na vida pessoal

Case Processing Summary

	N	%
Valid	91	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,906	11

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sobrecarga financeira

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,835	5

Reacções a Exigências

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,835	5

Mecanismos de eficácia e de controlo

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,482	3

Suporte Familiar

Reliability Statistics

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Satisfação com o papel e com o familiar

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,802	2

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,788	5

FACES IV

Coesão Equilibrada “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	88	96,7
	Excluded ^a	3	3,3
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,806	7

Flexibilidade Equilibrada “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,687	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Desagregada “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,671	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Emaranhada “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,682	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Rígida “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,736	7

Sub-escala Caótica “Antes da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,682	7

Coesão Equilibrada “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	86	94,5
	Excluded ^a	5	5,5
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	7

Flexibilidade Equilibrada “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	86	94,5
	Excluded ^a	5	5,5
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,674	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Desagregada “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,684	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Emaranhada “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	89	97,8
	Excluded ^a	2	2,2
	Total	91	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,652	7

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Sub-escala Rígida “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	91	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,666	7

Sub-escala Caótica “Depois da doença”

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	87	95,6
	Excluded ^a	4	4,4
	Total	91	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,689	7

6.2 Análise descritiva geral

Relativamente ao QASCI

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Suporte emocional	91	,00	93,75	41,6209	22,20915
Implicações na vida pessoal	91	2,27	93,18	47,3027	23,80744
Sobrecarga Financeira	91	,00	100,00	36,4011	30,65536
Reacções a exigências	91	,00	80,00	32,8571	23,35883

Mecanismos eficácia e controlo	91	,00	91,67	42,3993	22,62306
Suporte Familiar	91	,00	100,00	35,9890	29,68791
Satisfação papel e familiar	91	,00	100,00	30,0000	22,63233
Sobrecarga Total	91	4,69	82,81	39,7837	17,39624
Valid N (listwise)	91				

Correlação de Person – QASCI

		Correlations							
		S_emocional	IVP	SFinanceira	RExigencias	MEC	S_Familiar	S_Papel	Sobrecarga_tot 1
Sobrecarga emocional	Pearson Correlation	1	,627**	,236*	,721**	,398**	,319**	,389**	,793**
	Sig. (2-tailed)		,000	,024	,000	,000	,002	,000	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Implicações na vida pessoal	Pearson Correlation	,627**	1	,542**	,677**	,256*	,284**	,233*	,881**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,014	,006	,026	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Sobrecarga Financeira	Pearson Correlation	,236*	,542**	1	,376**	,315**	,170	,136	,566**
	Sig. (2-tailed)	,024	,000		,000	,002	,108	,198	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Reacções a exigências	Pearson Correlation	,721**	,677**	,376**	1	,301**	,215*	,405**	,826**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,004	,041	,000	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Mecanismos de eficácia e controlo	Pearson Correlation	,398**	,256*	,315**	,301**	1	,333**	,460**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,002	,004		,001	,000	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Suporte Familiar	Pearson Correlation	,319**	,284**	,170	,215*	,333**	1	,186	,433**
	Sig. (2-tailed)	,002	,006	,108	,041	,001		,077	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Satisfação papel e	Pearson Correlation	,389**	,233*	,136	,405**	,460**	,186	1	,551**

familiar	Sig. (2-tailed)	,000	,026	,198	,000	,000	,077		,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
	Pearson Correlation	,793**	,881**	,566**	,826**	,533**	,433**	,551**	1
Sobrecarga total	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Frequência dos Rácios do FACES-IV (Antes da Doença de Alzheimer)

Frequencies

		Statistics		
		Rácio_ coesao_A	Rácio_ Flexib_A	Rácio_ Funcionamento _Familiar_A
N	Valid	91	91	91
	Missing	0	0	0
Mean		1,3895	1,2789	2,0290
Median		1,3761	1,2432	2,0033
Std. Deviation		,37030	,33029	,49038
Skewness		,043	,572	,094
Std. Error of Skewness		,253	,253	,253
Kurtosis		,276	,468	,430
Std. Error of Kurtosis		,500	,500	,500
Minimum		,50	,61	,81
Maximum		2,47	2,29	3,50

Rácio_coexao_A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,50	1	1,1	1,1	1,1
,52	1	1,1	1,1	2,2
,63	1	1,1	1,1	3,3
,68	1	1,1	1,1	4,4
,69	1	1,1	1,1	5,5
,83	1	1,1	1,1	6,6
,83	1	1,1	1,1	7,7
,86	1	1,1	1,1	8,8
,87	1	1,1	1,1	9,9
,92	1	1,1	1,1	11,0
,99	1	1,1	1,1	12,1
,99	1	1,1	1,1	13,2
1,03	1	1,1	1,1	14,3
1,05	1	1,1	1,1	15,4
1,07	1	1,1	1,1	16,5
1,09	1	1,1	1,1	17,6
1,10	1	1,1	1,1	18,7
1,12	1	1,1	1,1	19,8

Valid

1,15	1	1,1	1,1	20,9
1,15	1	1,1	1,1	22,0
1,16	1	1,1	1,1	23,1
1,17	1	1,1	1,1	24,2
1,18	1	1,1	1,1	25,3
1,18	1	1,1	1,1	26,4
1,19	1	1,1	1,1	27,5
1,20	1	1,1	1,1	28,6
1,20	1	1,1	1,1	29,7
1,20	1	1,1	1,1	30,8
1,21	1	1,1	1,1	31,9
1,23	1	1,1	1,1	33,0
1,26	1	1,1	1,1	34,1
1,26	1	1,1	1,1	35,2
1,27	1	1,1	1,1	36,3
1,27	1	1,1	1,1	37,4
1,27	1	1,1	1,1	38,5
1,28	1	1,1	1,1	39,6
1,29	1	1,1	1,1	40,7
1,30	1	1,1	1,1	41,8
1,30	1	1,1	1,1	42,9
1,30	1	1,1	1,1	44,0

1,33	1	1,1	1,1	45,1
1,34	1	1,1	1,1	46,2
1,35	1	1,1	1,1	47,3
1,36	1	1,1	1,1	48,4
1,36	1	1,1	1,1	49,5
1,38	1	1,1	1,1	50,5
1,38	1	1,1	1,1	51,6
1,38	1	1,1	1,1	52,7
1,39	1	1,1	1,1	53,8
1,42	1	1,1	1,1	54,9
1,42	1	1,1	1,1	56,0
1,43	1	1,1	1,1	57,1
1,44	1	1,1	1,1	58,2
1,45	1	1,1	1,1	59,3
1,45	1	1,1	1,1	60,4
1,48	1	1,1	1,1	61,5
1,48	1	1,1	1,1	62,6
1,48	1	1,1	1,1	63,7
1,50	1	1,1	1,1	64,8
1,50	1	1,1	1,1	65,9
1,51	1	1,1	1,1	67,0
1,51	1	1,1	1,1	68,1

1,52	1	1,1	1,1	69,2
1,53	1	1,1	1,1	70,3
1,53	1	1,1	1,1	71,4
1,57	1	1,1	1,1	72,5
1,61	1	1,1	1,1	73,6
1,62	1	1,1	1,1	74,7
1,62	1	1,1	1,1	75,8
1,68	1	1,1	1,1	76,9
1,69	1	1,1	1,1	78,0
1,70	1	1,1	1,1	79,1
1,70	1	1,1	1,1	80,2
1,74	2	2,2	2,2	82,4
1,76	1	1,1	1,1	83,5
1,77	1	1,1	1,1	84,6
1,78	1	1,1	1,1	85,7
1,81	1	1,1	1,1	86,8
1,82	1	1,1	1,1	87,9
1,85	1	1,1	1,1	89,0
1,87	1	1,1	1,1	90,1
1,87	1	1,1	1,1	91,2
1,93	1	1,1	1,1	92,3
1,94	1	1,1	1,1	93,4

1,95	1	1,1	1,1	94,5
2,00	1	1,1	1,1	95,6
2,05	1	1,1	1,1	96,7
2,07	1	1,1	1,1	97,8
2,12	1	1,1	1,1	98,9
2,47	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Rácio_Flexib_A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.61	1	1,1	1,1	1,1
.64	1	1,1	1,1	2,2
.67	1	1,1	1,1	3,3
.77	1	1,1	1,1	4,4
.78	1	1,1	1,1	5,5
.79	1	1,1	1,1	6,6
.79	1	1,1	1,1	7,7
.84	1	1,1	1,1	8,8

,88	1	1,1	1,1	9,9
,91	1	1,1	1,1	11,0
,93	1	1,1	1,1	12,1
,96	1	1,1	1,1	13,2
,97	1	1,1	1,1	14,3
,99	1	1,1	1,1	15,4
1,00	1	1,1	1,1	16,5
1,02	1	1,1	1,1	17,6
1,02	1	1,1	1,1	18,7
1,03	1	1,1	1,1	19,8
1,03	1	1,1	1,1	20,9
1,04	1	1,1	1,1	22,0
1,05	1	1,1	1,1	23,1
1,05	3	3,3	3,3	26,4
1,05	1	1,1	1,1	27,5
1,08	1	1,1	1,1	28,6
1,08	1	1,1	1,1	29,7
1,09	1	1,1	1,1	30,8
1,10	1	1,1	1,1	31,9
1,11	1	1,1	1,1	33,0
1,11	1	1,1	1,1	34,1
1,13	1	1,1	1,1	35,2

1,15	1	1,1	1,1	36,3
1,16	1	1,1	1,1	37,4
1,16	1	1,1	1,1	38,5
1,17	3	3,3	3,3	41,8
1,18	1	1,1	1,1	42,9
1,18	1	1,1	1,1	44,0
1,20	1	1,1	1,1	45,1
1,21	1	1,1	1,1	46,2
1,21	1	1,1	1,1	47,3
1,23	1	1,1	1,1	48,4
1,24	1	1,1	1,1	49,5
1,24	1	1,1	1,1	50,5
1,25	2	2,2	2,2	52,7
1,26	1	1,1	1,1	53,8
1,27	1	1,1	1,1	54,9
1,28	1	1,1	1,1	56,0
1,28	1	1,1	1,1	57,1
1,29	1	1,1	1,1	58,2
1,31	1	1,1	1,1	59,3
1,33	1	1,1	1,1	60,4
1,33	2	2,2	2,2	62,6
1,35	1	1,1	1,1	63,7

1,37	1	1,1	1,1	64,8
1,37	4	4,4	4,4	69,2
1,41	1	1,1	1,1	70,3
1,41	3	3,3	3,3	73,6
1,43	1	1,1	1,1	74,7
1,45	1	1,1	1,1	75,8
1,47	1	1,1	1,1	76,9
1,48	1	1,1	1,1	78,0
1,54	1	1,1	1,1	79,1
1,56	1	1,1	1,1	80,2
1,58	1	1,1	1,1	81,3
1,59	1	1,1	1,1	82,4
1,60	1	1,1	1,1	83,5
1,63	2	2,2	2,2	85,7
1,63	1	1,1	1,1	86,8
1,65	1	1,1	1,1	87,9
1,70	1	1,1	1,1	89,0
1,71	1	1,1	1,1	90,1
1,73	1	1,1	1,1	91,2
1,75	1	1,1	1,1	92,3
1,78	1	1,1	1,1	93,4
1,81	1	1,1	1,1	94,5

1,92	1	1,1	1,1	95,6
2,00	1	1,1	1,1	96,7
2,07	1	1,1	1,1	97,8
2,07	1	1,1	1,1	98,9
2,29	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Rácio_Funcionamento_Familiar_A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,81	1	1,1	1,1	1,1
1,02	1	1,1	1,1	2,2
1,04	1	1,1	1,1	3,3
1,09	1	1,1	1,1	4,4
Valid 1,14	1	1,1	1,1	5,5
1,19	1	1,1	1,1	6,6
1,25	1	1,1	1,1	7,7
1,31	1	1,1	1,1	8,8
1,31	1	1,1	1,1	9,9

1,37	1	1,1	1,1	11,0
1,48	1	1,1	1,1	12,1
1,49	1	1,1	1,1	13,2
1,53	1	1,1	1,1	14,3
1,53	1	1,1	1,1	15,4
1,57	1	1,1	1,1	16,5
1,66	1	1,1	1,1	17,6
1,70	1	1,1	1,1	18,7
1,73	1	1,1	1,1	19,8
1,74	1	1,1	1,1	20,9
1,74	1	1,1	1,1	22,0
1,74	1	1,1	1,1	23,1
1,74	1	1,1	1,1	24,2
1,76	1	1,1	1,1	25,3
1,76	1	1,1	1,1	26,4
1,77	1	1,1	1,1	27,5
1,80	1	1,1	1,1	28,6
1,81	1	1,1	1,1	29,7
1,81	1	1,1	1,1	30,8
1,82	1	1,1	1,1	31,9
1,84	1	1,1	1,1	33,0
1,84	1	1,1	1,1	34,1

1,87	1	1,1	1,1	35,2
1,87	1	1,1	1,1	36,3
1,88	1	1,1	1,1	37,4
1,90	1	1,1	1,1	38,5
1,91	1	1,1	1,1	39,6
1,92	1	1,1	1,1	40,7
1,92	1	1,1	1,1	41,8
1,93	1	1,1	1,1	42,9
1,94	1	1,1	1,1	44,0
1,94	1	1,1	1,1	45,1
1,96	1	1,1	1,1	46,2
1,97	1	1,1	1,1	47,3
1,98	1	1,1	1,1	48,4
1,98	1	1,1	1,1	49,5
2,00	1	1,1	1,1	50,5
2,04	1	1,1	1,1	51,6
2,04	1	1,1	1,1	52,7
2,06	1	1,1	1,1	53,8
2,06	1	1,1	1,1	54,9
2,07	1	1,1	1,1	56,0
2,09	1	1,1	1,1	57,1
2,09	1	1,1	1,1	58,2

2,10	1	1,1	1,1	59,3
2,11	1	1,1	1,1	60,4
2,11	1	1,1	1,1	61,5
2,12	1	1,1	1,1	62,6
2,14	1	1,1	1,1	63,7
2,16	1	1,1	1,1	64,8
2,16	1	1,1	1,1	65,9
2,19	1	1,1	1,1	67,0
2,23	1	1,1	1,1	68,1
2,24	1	1,1	1,1	69,2
2,26	1	1,1	1,1	70,3
2,27	1	1,1	1,1	71,4
2,29	1	1,1	1,1	72,5
2,30	1	1,1	1,1	73,6
2,31	1	1,1	1,1	74,7
2,31	1	1,1	1,1	75,8
2,31	1	1,1	1,1	76,9
2,32	1	1,1	1,1	78,0
2,38	1	1,1	1,1	79,1
2,41	1	1,1	1,1	80,2
2,44	1	1,1	1,1	81,3
2,45	1	1,1	1,1	82,4

2,46	1	1,1	1,1	83,5
2,48	1	1,1	1,1	84,6
2,49	1	1,1	1,1	85,7
2,52	1	1,1	1,1	86,8
2,60	1	1,1	1,1	87,9
2,62	1	1,1	1,1	89,0
2,68	1	1,1	1,1	90,1
2,70	1	1,1	1,1	91,2
2,76	1	1,1	1,1	92,3
2,82	1	1,1	1,1	93,4
2,89	1	1,1	1,1	94,5
2,90	1	1,1	1,1	95,6
2,90	1	1,1	1,1	96,7
2,94	1	1,1	1,1	97,8
2,97	1	1,1	1,1	98,9
3,50	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Frequência dos Rácios do FACES-IV (Depois da Doença de Alzheimer)

Frequencies

		Statistics		
		Rácio_Coesao_ D	Rácio_Flexi_D	Rácio_Funciona mento_Familiar_ D
N	Valid	91	91	91
	Missing	0	0	0
Mean		1,3861	1,2143	1,9932
Median		1,3548	1,2308	1,9837
Std. Deviation		,40354	,35578	,53035
Skewness		,581	,652	,383
Std. Error of Skewness		,253	,253	,253
Kurtosis		1,814	2,323	1,202
Std. Error of Kurtosis		,500	,500	,500
Minimum		,53	,36	,71
Maximum		3,00	2,67	3,96

Rácio_Coesao_D

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,53	1	1,1	1,1	1,1
,56	1	1,1	1,1	2,2
,63	1	1,1	1,1	3,3
,75	1	1,1	1,1	4,4
,77	1	1,1	1,1	5,5
,82	1	1,1	1,1	6,6
,83	1	1,1	1,1	7,7
,85	1	1,1	1,1	8,8
,86	1	1,1	1,1	9,9
Valid ,87	1	1,1	1,1	11,0
,88	1	1,1	1,1	12,1
,89	1	1,1	1,1	13,2
,94	1	1,1	1,1	14,3
,95	2	2,2	2,2	16,5
,98	1	1,1	1,1	17,6
1,03	2	2,2	2,2	19,8
1,05	1	1,1	1,1	20,9
1,11	1	1,1	1,1	22,0
1,11	1	1,1	1,1	23,1

1,14	2	2,2	2,2	25,3
1,15	1	1,1	1,1	26,4
1,18	3	3,3	3,3	29,7
1,19	1	1,1	1,1	30,8
1,19	1	1,1	1,1	31,9
1,20	2	2,2	2,2	34,1
1,21	1	1,1	1,1	35,2
1,22	1	1,1	1,1	36,3
1,24	1	1,1	1,1	37,4
1,26	3	3,3	3,3	40,7
1,30	1	1,1	1,1	41,8
1,32	2	2,2	2,2	44,0
1,32	1	1,1	1,1	45,1
1,33	1	1,1	1,1	46,2
1,35	1	1,1	1,1	47,3
1,35	1	1,1	1,1	48,4
1,35	1	1,1	1,1	49,5
1,35	1	1,1	1,1	50,5
1,37	1	1,1	1,1	51,6
1,38	1	1,1	1,1	52,7
1,39	1	1,1	1,1	53,8
1,41	1	1,1	1,1	54,9

1,43	2	2,2	2,2	57,1
1,44	1	1,1	1,1	58,2
1,46	1	1,1	1,1	59,3
1,50	1	1,1	1,1	60,4
1,51	1	1,1	1,1	61,5
1,52	1	1,1	1,1	62,6
1,53	1	1,1	1,1	63,7
1,54	1	1,1	1,1	64,8
1,56	1	1,1	1,1	65,9
1,58	1	1,1	1,1	67,0
1,59	1	1,1	1,1	68,1
1,59	1	1,1	1,1	69,2
1,60	3	3,3	3,3	72,5
1,61	1	1,1	1,1	73,6
1,61	1	1,1	1,1	74,7
1,64	1	1,1	1,1	75,8
1,64	1	1,1	1,1	76,9
1,66	1	1,1	1,1	78,0
1,67	1	1,1	1,1	79,1
1,69	1	1,1	1,1	80,2
1,71	1	1,1	1,1	81,3
1,73	1	1,1	1,1	82,4

1,74	1	1,1	1,1	83,5
1,78	1	1,1	1,1	84,6
1,79	3	3,3	3,3	87,9
1,80	1	1,1	1,1	89,0
1,82	1	1,1	1,1	90,1
1,87	1	1,1	1,1	91,2
1,87	2	2,2	2,2	93,4
2,00	1	1,1	1,1	94,5
2,00	1	1,1	1,1	95,6
2,08	1	1,1	1,1	96,7
2,15	1	1,1	1,1	97,8
2,24	1	1,1	1,1	98,9
3,00	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Rácio_Flexi_D

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,36	1	1,1	1,1	1,1
,53	1	1,1	1,1	2,2

,56	1	1,1	1,1	3,3
,64	1	1,1	1,1	4,4
,71	1	1,1	1,1	5,5
,71	1	1,1	1,1	6,6
,73	1	1,1	1,1	7,7
,75	1	1,1	1,1	8,8
,76	1	1,1	1,1	9,9
,76	1	1,1	1,1	11,0
,76	1	1,1	1,1	12,1
,77	1	1,1	1,1	13,2
,78	1	1,1	1,1	14,3
,80	1	1,1	1,1	15,4
,86	1	1,1	1,1	16,5
,87	1	1,1	1,1	17,6
,89	1	1,1	1,1	18,7
,90	1	1,1	1,1	19,8
,94	1	1,1	1,1	20,9
,95	1	1,1	1,1	22,0
1,00	3	3,3	3,3	25,3
1,02	1	1,1	1,1	26,4
1,02	1	1,1	1,1	27,5
1,03	1	1,1	1,1	28,6

1,04	1	1,1	1,1	29,7
1,05	1	1,1	1,1	30,8
1,10	1	1,1	1,1	31,9
1,10	1	1,1	1,1	33,0
1,11	1	1,1	1,1	34,1
1,12	1	1,1	1,1	35,2
1,13	1	1,1	1,1	36,3
1,13	1	1,1	1,1	37,4
1,14	1	1,1	1,1	38,5
1,14	1	1,1	1,1	39,6
1,14	1	1,1	1,1	40,7
1,14	1	1,1	1,1	41,8
1,16	1	1,1	1,1	42,9
1,18	1	1,1	1,1	44,0
1,18	1	1,1	1,1	45,1
1,20	2	2,2	2,2	47,3
1,21	1	1,1	1,1	48,4
1,23	1	1,1	1,1	49,5
1,23	1	1,1	1,1	50,5
1,24	1	1,1	1,1	51,6
1,24	1	1,1	1,1	52,7
1,24	1	1,1	1,1	53,8

1,25	1	1,1	1,1	54,9
1,25	1	1,1	1,1	56,0
1,26	1	1,1	1,1	57,1
1,26	1	1,1	1,1	58,2
1,27	2	2,2	2,2	60,4
1,28	1	1,1	1,1	61,5
1,28	1	1,1	1,1	62,6
1,28	1	1,1	1,1	63,7
1,29	1	1,1	1,1	64,8
1,31	1	1,1	1,1	65,9
1,32	1	1,1	1,1	67,0
1,32	1	1,1	1,1	68,1
1,33	2	2,2	2,2	70,3
1,35	2	2,2	2,2	72,5
1,37	1	1,1	1,1	73,6
1,41	1	1,1	1,1	74,7
1,41	1	1,1	1,1	75,8
1,42	1	1,1	1,1	76,9
1,43	1	1,1	1,1	78,0
1,44	1	1,1	1,1	79,1
1,45	1	1,1	1,1	80,2
1,47	1	1,1	1,1	81,3

1,47	2	2,2	2,2	83,5
1,50	1	1,1	1,1	84,6
1,52	1	1,1	1,1	85,7
1,54	1	1,1	1,1	86,8
1,56	1	1,1	1,1	87,9
1,60	1	1,1	1,1	89,0
1,63	1	1,1	1,1	90,1
1,68	1	1,1	1,1	91,2
1,70	2	2,2	2,2	93,4
1,75	1	1,1	1,1	94,5
1,83	1	1,1	1,1	95,6
1,83	1	1,1	1,1	96,7
1,93	1	1,1	1,1	97,8
2,00	1	1,1	1,1	98,9
2,67	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Rácio_Funcionamento_Familiar_D

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,71	1	1,1	1,1	1,1
,91	1	1,1	1,1	2,2
1,03	1	1,1	1,1	3,3
1,13	1	1,1	1,1	4,4
1,15	1	1,1	1,1	5,5
1,22	1	1,1	1,1	6,6
1,25	1	1,1	1,1	7,7
1,27	1	1,1	1,1	8,8
1,33	1	1,1	1,1	9,9
Valid 1,33	1	1,1	1,1	11,0
1,33	1	1,1	1,1	12,1
1,34	1	1,1	1,1	13,2
1,36	1	1,1	1,1	14,3
1,37	1	1,1	1,1	15,4
1,38	1	1,1	1,1	16,5
1,50	1	1,1	1,1	17,6
1,51	1	1,1	1,1	18,7
1,51	1	1,1	1,1	19,8
1,58	1	1,1	1,1	20,9
1,64	1	1,1	1,1	22,0

1,65	1	1,1	1,1	23,1
1,69	1	1,1	1,1	24,2
1,69	1	1,1	1,1	25,3
1,69	1	1,1	1,1	26,4
1,70	1	1,1	1,1	27,5
1,72	1	1,1	1,1	28,6
1,73	1	1,1	1,1	29,7
1,74	1	1,1	1,1	30,8
1,75	1	1,1	1,1	31,9
1,76	1	1,1	1,1	33,0
1,78	1	1,1	1,1	34,1
1,78	1	1,1	1,1	35,2
1,82	1	1,1	1,1	36,3
1,85	1	1,1	1,1	37,4
1,85	1	1,1	1,1	38,5
1,87	1	1,1	1,1	39,6
1,88	1	1,1	1,1	40,7
1,89	1	1,1	1,1	41,8
1,89	1	1,1	1,1	42,9
1,92	1	1,1	1,1	44,0
1,94	1	1,1	1,1	45,1
1,94	1	1,1	1,1	46,2

1,96	1	1,1	1,1	47,3
1,96	1	1,1	1,1	48,4
1,98	1	1,1	1,1	49,5
1,98	1	1,1	1,1	50,5
2,01	1	1,1	1,1	51,6
2,03	1	1,1	1,1	52,7
2,04	1	1,1	1,1	53,8
2,04	1	1,1	1,1	54,9
2,07	1	1,1	1,1	56,0
2,08	1	1,1	1,1	57,1
2,09	1	1,1	1,1	58,2
2,09	1	1,1	1,1	59,3
2,10	1	1,1	1,1	60,4
2,12	1	1,1	1,1	61,5
2,13	1	1,1	1,1	62,6
2,14	1	1,1	1,1	63,7
2,14	1	1,1	1,1	64,8
2,16	1	1,1	1,1	65,9
2,17	1	1,1	1,1	67,0
2,18	1	1,1	1,1	68,1
2,18	1	1,1	1,1	69,2
2,20	1	1,1	1,1	70,3

2,21	1	1,1	1,1	71,4
2,22	1	1,1	1,1	72,5
2,28	1	1,1	1,1	73,6
2,28	1	1,1	1,1	74,7
2,30	1	1,1	1,1	75,8
2,32	1	1,1	1,1	76,9
2,33	1	1,1	1,1	78,0
2,34	1	1,1	1,1	79,1
2,34	1	1,1	1,1	80,2
2,39	1	1,1	1,1	81,3
2,48	1	1,1	1,1	82,4
2,49	1	1,1	1,1	83,5
2,51	1	1,1	1,1	84,6
2,57	1	1,1	1,1	85,7
2,58	1	1,1	1,1	86,8
2,64	1	1,1	1,1	87,9
2,66	1	1,1	1,1	89,0
2,67	1	1,1	1,1	90,1
2,69	1	1,1	1,1	91,2
2,70	1	1,1	1,1	92,3
2,79	1	1,1	1,1	93,4
2,80	1	1,1	1,1	94,5

2,87	1	1,1	1,1	95,6
2,89	1	1,1	1,1	96,7
2,91	1	1,1	1,1	97,8
2,93	1	1,1	1,1	98,9
3,96	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Anexo 6.3

T-Test

Group Statistics

	Sexo do sujeito	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sobrecarga_total (QASCI)	Masculino	28	1,9632	,53326	,10078
	Feminino	63	2,8705	,56713	,07145

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sobrecarga_total (QASCI)	Equal variances assumed	,244	,622	-7,171	89	,000	-,90737	,12653	-1,15877	-,65596
	Equal variances not assumed			-7,345	54,924	,000	-,90737	,12354	-1,15495	-,65979

Anexo 6.4

T-Test

		Group Statistics			
	Apoio Formal	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
S_emocional	Sim	50	2,5650	,94735	,13398
	Não	41	2,7866	,80537	,12578
IVP	Sim	50	1,9333	,70231	,09932
	Não	41	2,3496	,62889	,09822
SFinanceira	Sim	50	2,1800	1,09153	,15437
	Não	41	2,7927	1,30851	,20435
RExigencias	Sim	50	2,1720	,92230	,13043
	Não	41	2,4878	,93064	,14534
MEC	Sim	50	2,4400	,88689	,12543
	Não	41	3,0081	,83496	,13040
S_Familiar	Sim	50	2,2300	1,17460	,16611
	Não	41	2,6951	1,16661	,18219
S_Papel	Sim	50	2,0920	,83516	,11811
	Não	41	2,3317	,97838	,15280

Anexo 6.5

T-Test

Group Statistics

	Sexo do sujeito	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rácio_Funcionamento_Fa	Masculino	28	2,2629	,47815	,09036
miliar_A	Feminino	63	1,9250	,46238	,05825
Rácio_Funcionamento_Fa	Masculino	28	2,2862	,53242	,10062
miliar_D	Feminino	63	1,8630	,47839	,06027

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Rácio_Funci onamento_F amiliar_A	,009	,926	3,185	89	,002	,33795	,10612	,12709	,54881	
Equal variances assumed			3,143	50,322	,003	,33795	,10751	,12204	,55386	
Rácio_Funci onamento_F amiliar_D	,185	,668	3,761	89	,000	,42320	,11252	,19963	,64678	
Equal variances not assumed			3,608	47,206	,001	,42320	,11729	,18728	,65913	

Anexo 7
Análise estatística para testar a hipótese 1

Anexo 7.1

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: **Sobrecarga_total**

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,8824	,58094	21
	Não	2,2054	,25185	7
	Total	1,9632	,53326	28
Feminino	Sim	2,7705	,58834	29
	Não	2,9559	,54247	34
	Total	2,8705	,56713	63
Total	Sim	2,3975	,72909	50
	Não	2,8277	,57796	41
	Total	2,5913	,69585	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: **Sobrecarga_total**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	17,045 ^a	3	5,682	18,630	,000	,391	55,889	1,000
Intercept	378,651	1	378,651	1241,547	,000	,935	1241,547	1,000
Sex	10,555	1	10,555	34,608	,001	,285	34,608	1,000
AForm	1,016	1	1,016	3,331	,071	,037	3,331	,438
Sex * AForm	,074	1	,074	,244	,623	,003	,244	,078
Error	26,534	87	,305					
Total	654,650	91						
Corrected Total	43,579	90						

a. R Squared = ,391 (Adjusted R Squared = ,370)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	1,105	3	87	,352
Based on Median	1,011	3	87	,392
Sobrecarga Total				

Anexo 7.2

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: S_emocional

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,8571	,67348	21
	Não	2,5714	,60749	7
	Total	2,0357	,71916	28
Feminino	Sim	3,0776	,77374	29
	Não	2,8309	,84100	34
	Total	2,9444	,81375	63
Total	Sim	2,5650	,94735	50
	Não	2,7866	,80537	41
	Total	2,6648	,88837	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: S_emocional

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	19,639 ^a	3	6,546	11,083	,000	,276	33,248	,999
Intercept	420,073	1	420,073	711,175	,000	,891	711,175	1,000
Sex	8,610	1	8,610	14,576	,000	,144	14,576	,965
AForm	,860	1	,860	1,455	,231	,016	1,455	,222
Sex * AForm	3,631	1	3,631	6,146	,015	,066	6,146	,689
Error	51,389	87	,591					
Total	717,250	91						
Corrected Total	71,027	90						

a. R Squared = ,276 (Adjusted R Squared = ,252)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Sobrecarga Emocional	Based on Mean	,985	3	87	,404
	Based on Median	,820	3	87	,486

--	--	--	--	--	--

Anexo 7.3

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: IVP

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,3937	,49347	21
	Não	1,6476	,36048	7
	Total	1,4571	,47096	28
Feminino	Sim	2,3241	,55912	29
	Não	2,4941	,57422	34
	Total	2,4159	,56919	63
Total	Sim	1,9333	,70231	50
	Não	2,3496	,62889	41
	Total	2,1209	,69835	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: IVP

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	18,608 ^a	3	6,203	21,343	,000	,424	64,030	1,000
Intercept	242,843	1	242,843	835,598	,000	,906	835,598	1,000
Sex	12,414	1	12,414	42,714	,000	,329	42,714	1,000
AForm	,707	1	,707	2,431	,123	,027	2,431	,338
Sex * AForm	,028	1	,028	,095	,758	,001	,095	,061
Error	25,284	87	,291					
Total	453,222	91						
Corrected Total	43,893	90						

a. R Squared = ,424 (Adjusted R Squared = ,404)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IVP	Based on Mean	1,769	3	87	,159
	Based on Median	1,396	3	87	,249

Descriptive Statistics

Dependent Variable: SFinanceira

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	2,0714	1,20712	21
	Não	1,2857	,48795	7
	Total	1,8750	1,11907	28
Feminino	Sim	2,2586	1,01437	29
	Não	3,1029	1,20466	34
	Total	2,7143	1,19040	63
Total	Sim	2,1800	1,09153	50
	Não	2,7927	1,30851	41
	Total	2,4560	1,22621	91

Anexo 7.4

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: SFinanceira

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	28,053 ^a	3	9,351	7,584	,000	,207	22,751	,984
Intercept	298,839	1	298,839	242,366	,000	,736	242,366	1,000
Sex	15,795	1	15,795	12,810	,001	,128	12,810	,943
AForm	,014	1	,014	,011	,917	,000	,011	,051
Sex * AForm	10,445	1	10,445	8,472	,005	,089	8,472	,821
Error	107,271	87	1,233					
Total	684,250	91						
Corrected Total	135,324	90						

a. R Squared = ,207 (Adjusted R Squared = ,180)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	2,430	3	87	,071
Based on Median	2,245	3	87	,089

SFinanceira

Anexo 7.5

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: RExigencias

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,5143	,51603	21
	Não	1,7143	,63095	7
	Total	1,5643	,54175	28
Feminino	Sim	2,6483	,85966	29
	Não	2,6471	,90796	34
	Total	2,6476	,87894	63
Total	Sim	2,1720	,92230	50
	Não	2,4878	,93064	41
Total	Total	2,3143	,93435	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: RExigencias

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	22,960 ^a	3	7,653	11,973	,000	,292	35,919	1,000
Intercept	285,634	1	285,634	446,854	,000	,837	446,854	1,000
Sex	16,792	1	16,792	26,271	,000	,232	26,271	,999
AForm	,155	1	,155	,243	,623	,003	,243	,078
Sex * AForm	,159	1	,159	,249	,619	,003	,249	,078
Error	55,611	87	,639					
Total	565,960	91						
Corrected Total	78,571	90						

a. R Squared = ,292 (Adjusted R Squared = ,268)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
RExigencias	Based on Mean	2,029	3	87	,116
	Based on Median	1,427	3	87	,240

Anexo 7.6

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: MEC

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	2,2698	,90443	21
	Não	2,9524	,91142	7
	Total	2,4405	,93867	28
Feminino	Sim	2,5632	,86879	29
	Não	3,0196	,83259	34
	Total	2,8095	,87316	63
Total	Sim	2,4400	,88689	50
	Não	3,0081	,83496	41
	Total	2,6960	,90492	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: MEC

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	8,346 ^a	3	2,782	3,703	,015	,113	11,110	,788
Intercept	458,972	1	458,972	610,991	,000	,875	610,991	1,000
Sex	,511	1	,511	,681	,412	,008	,681	,129
AForm	5,099	1	5,099	6,789	,011	,072	6,789	,731
Sex * AForm	,201	1	,201	,268	,606	,003	,268	,080
Error	65,354	87	,751					
Total	735,111	91						
Corrected Total	73,700	90						

a. R Squared = ,113 (Adjusted R Squared = ,083)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	,077	3	87	,972
Based on Median	,087	3	87	,967

MEC

Anexo 7.7

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63
Apoio Formal	1	Sim	50
	2	Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: S_Familiar

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,8810	,94743	21
	Não	2,7857	1,14953	7
	Total	2,1071	1,05723	28
Feminino	Sim	2,4828	1,27113	29
	Não	2,6765	1,18630	34
	Total	2,5873	1,21993	63
Total	Sim	2,2300	1,17460	50
	Não	2,6951	1,16661	41
	Total	2,4396	1,18752	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: S_Familiar

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	9,354 ^a	3	3,118	2,307	,082	,074	6,922	,563
Intercept	379,557	1	379,557	280,882	,000	,764	280,882	1,000
Sex	,954	1	,954	,706	,403	,008	,706	,132
AForm	4,744	1	4,744	3,510	,064	,039	3,510	,457
Sex * AForm	1,988	1	1,988	1,471	,228	,017	1,471	,224
Error	117,564	87	1,351					
Total	668,500	91						
Corrected Total	126,918	90						

a. R Squared = ,074 (Adjusted R Squared = ,042)

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	1,281	3	87	,286
Based on Median	,957	3	87	,417

b. Computed using alpha = ,05

Anexo 7.8

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Sexo do sujeito	1 Masculino	28
	2 Feminino	63
Apoio Formal	1 Sim	50
	2 Não	41

Descriptive Statistics

Dependent Variable: S_Papel

Sexo do sujeito	Apoio Formal	Mean	Std. Deviation	N
Masculino	Sim	1,9238	,83061	21
	Não	2,0000	,75719	7
	Total	1,9429	,79974	28
Feminino	Sim	2,2138	,83140	29
	Não	2,4000	1,01384	34
	Total	2,3143	,93168	63
Total	Sim	2,0920	,83516	50
	Não	2,3317	,97838	41
	Total	2,2000	,90529	91

Test of Homogeneity of Variance

Satisfação Papel e Familiar	Levene Estatística	g.l1	g.l2	p
Baseado na Média	2,415	3	87	,072
Baseado na Mediana	2,174	3	87	,097

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: S_Papel

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	3,247 ^a	3	1,082	1,336	,268	,044	4,007	,344
Intercept	286,553	1	286,553	353,555	,000	,803	353,555	1,000
Sex	1,872	1	1,872	2,309	,132	,026	2,309	,324
AForm	,271	1	,271	,334	,565	,004	,334	,088
Sex * AForm	,048	1	,048	,059	,809	,001	,059	,057
Error	70,513	87	,810					
Total	514,200	91						
Corrected Total	73,760	90						

a. R Squared = ,044 (Adjusted R Squared = ,011)

b. Computed using alpha = ,05

Test of Homogeneity of Variance

Satisfação Papel e Familiar	Levene Estatística	g.l1	g.l2	p
Baseado na Média	2,415	3	87	,072
Baseado na Mediana	2,174	3	87	,097

**Anexo 8
Análise estatística para testar a hipótese 2**

Anexo 8.1

Oneway

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
S_emocional	Menos de 1 ano	17	2,6765	,76936	,18660	2,2809	3,0720	1,50	4,00
	Entre 1 a 5 anos	42	2,6131	,92097	,14211	2,3261	2,9001	1,00	4,75
	Mais de 5 anos	32	2,7266	,92536	,16358	2,3929	3,0602	1,00	4,75
	Total	91	2,6648	,88837	,09313	2,4798	2,8498	1,00	4,75
IVP	Menos de 1 ano	17	2,1020	,69006	,16736	1,7472	2,4568	1,07	3,07
	Entre 1 a 5 anos	42	2,0000	,69501	,10724	1,7834	2,2166	,80	3,47
	Mais de 5 anos	32	2,2896	,69419	,12272	2,0393	2,5399	,87	3,27
	Total	91	2,1209	,69835	,07321	1,9754	2,2663	,80	3,47
SFinanceira	Menos de 1 ano	17	2,3824	1,16632	,28287	1,7827	2,9820	1,00	4,50
	Entre 1 a 5 anos	42	2,3810	1,23865	,19113	1,9950	2,7669	1,00	5,00

	Mais de 5 anos	32	2,5938	1,26642	,22387	2,1372	3,0503	1,00	5,00
	Total	91	2,4560	1,22621	,12854	2,2007	2,7114	1,00	5,00
RExigencias	Menos de 1 ano	17	2,2824	,95671	,23204	1,7905	2,7742	1,00	4,20
	Entre 1 a 5 anos	42	2,2333	,95347	,14712	1,9362	2,5305	1,00	4,20
	Mais de 5 anos	32	2,4375	,91361	,16150	2,1081	2,7669	1,00	4,20
	Total	91	2,3143	,93435	,09795	2,1197	2,5089	1,00	4,20
MEC	Menos de 1 ano	17	3,0196	,90883	,22042	2,5523	3,4869	1,00	4,33
	Entre 1 a 5 anos	42	2,7778	,88243	,13616	2,5028	3,0528	1,00	4,67
	Mais de 5 anos	32	2,4167	,87988	,15554	2,0994	2,7339	1,00	4,33
	Total	91	2,6960	,90492	,09486	2,5075	2,8844	1,00	4,67
S_Familiar	Menos de 1 ano	17	2,6765	1,07444	,26059	2,1240	3,2289	1,00	5,00
	Entre 1 a 5 anos	42	2,6548	1,21719	,18782	2,2755	3,0341	1,00	5,00
	Mais de 5 anos	32	2,0313	1,12836	,19947	1,6244	2,4381	1,00	5,00
	Total	91	2,4396	1,18752	,12449	2,1922	2,6869	1,00	5,00
S_Papel	Menos de 1 ano	17	2,4235	,76119	,18462	2,0322	2,8149	1,00	3,40
	Entre 1 a 5 anos	42	2,1190	,78654	,12137	1,8739	2,3642	1,00	3,60
	Mais de 5 anos	32	2,1875	1,10709	,19571	1,7884	2,5866	1,00	5,00
	Total	91	2,2000	,90529	,09490	2,0115	2,3885	1,00	5,00
Sobrecarga_total	Menos de 1 ano	17	2,6544	,60298	,14624	2,3444	2,9644	1,63	3,84
	Entre 1 a 5 anos	42	2,5193	,68340	,10545	2,3064	2,7323	1,19	4,13
	Mais de 5 anos	32	2,6523	,76640	,13548	2,3760	2,9287	1,22	4,31
	Total	91	2,5913	,69585	,07294	2,4464	2,7363	1,19	4,31

Test of Homogeneity of Variances

Dimensões	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
S_emocional	,210	2	88	,811
IVP	,036	2	88	,964
SFinanceira	,264	2	88	,769
RExigencias	,339	2	88	,713
MEC	,023	2	88	,978
S_Familiar	,775	2	88	,464
S_Papel	2,484	2	88	,089
Sobrecarga_total	,611	2	88	,545

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
S_emocional	Between Groups	,237	2	,118	,147	,863
	Within Groups	70,791	88	,804		
	Total	71,027	90			
IVP	Between Groups	1,531	2	,765	1,590	,210
	Within Groups	42,362	88	,481		
	Total	43,893	90			
SFinanceira	Between Groups	,936	2	,468	,306	,737
	Within Groups	134,388	88	1,527		
	Total	135,324	90			
RExigencias	Between Groups	,778	2	,389	,440	,645
	Within Groups	77,793	88	,884		
	Total	78,571	90			
MEC	Between Groups	4,558	2	2,279	2,901	,060
	Within Groups	69,142	88	,786		
	Total	73,700	90			
S_Familiar	Between Groups	8,234	2	4,117	3,053	,052
	Within Groups	118,683	88	1,349		
	Total	126,918	90			
S_Papel	Between Groups	1,130	2	,565	,684	,507
	Within Groups	72,630	88	,825		
	Total	73,760	90			
Sobrecarga_total	Between Groups	,404	2	,202	,412	,663
	Within Groups	43,174	88	,491		
	Total	43,579	90			

Anexo 8.2

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Duração de Cuidados	1	Menos de 1 ano	17
	2	Entre 1 a 5 anos	42
	5	Mais de 5 anos	32

Descriptive Statistics

Dependent Variable: MEC

Duração de Cuidados	Mean	Std. Deviation	N
Menos de 1 ano	3,0196	,90883	17
Entre 1 a 5 anos	2,7778	,88243	42
Mais de 5 anos	2,4167	,87988	32
Total	2,6960	,90492	91

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: MEC

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	4,558 ^a	2	2,279	2,901	,060	,062	5,801	,553
Intercept	592,456	1	592,456	754,048	,000	,895	754,048	1,000
Duracao	4,558	2	2,279	2,901	,060	,062	5,801	,553
Error	69,142	88	,786					
Total	735,111	91						
Corrected Total	73,700	90						

a. R Squared = ,062 (Adjusted R Squared = ,041)

b. Computed using alpha = ,05

Post Hoc Tests

Duração de Cuidados

Multiple Comparisons

Dependent Variable: MEC

Scheffe

(I) Duração de Cuidados	(J) Duração de Cuidados	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Menos de 1 ano	Entre 1 a 5 anos	,2418	,25480	,639	-,3926	,8763
	Mais de 5 anos	,6029	,26603	,082	-,0595	1,2654
Entre 1 a 5 anos	Menos de 1 ano	-,2418	,25480	,639	-,8763	,3926
	Mais de 5 anos	,3611	,20799	,227	-,1568	,8790
Mais de 5 anos	Menos de 1 ano	-,6029	,26603	,082	-1,2654	,0595
	Entre 1 a 5 anos	-,3611	,20799	,227	-,8790	,1568

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,786.

Anexo 8.3

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Duração de Cuidados	1 Menos de 1 ano	17
	2 Entre 1 a 5 anos	42
	5 Mais de 5 anos	32

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Duração de Cuidados	1 Menos de 1 ano	17
	2 Entre 1 a 5 anos	42
	5 Mais de 5 anos	32

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: S_Familiar

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	8,234 ^a	2	4,117	3,053	,052	,065	6,105	,576
Intercept	475,981	1	475,981	352,925	,000	,800	352,925	1,000
Duracao	8,234	2	4,117	3,053	,052	,065	6,105	,576
Error	118,683	88	1,349					
Total	668,500	91						
Corrected Total	126,918	90						

a. R Squared = ,065 (Adjusted R Squared = ,044)

b. Computed using alpha = ,05

Post Hoc Tests

Duração de Cuidados

Multiple Comparisons

Dependent Variable: S_Familiar

Scheffe

(I) Duração de Cuidados	(J) Duração de Cuidados	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Menos de 1 ano	Entre 1 a 5 anos	,0217	,33383	,998	-,8095	,8530
	Mais de 5 anos	,6452	,34854	,186	-,2226	1,5131
Entre 1 a 5 anos	Menos de 1 ano	-,0217	,33383	,998	-,8530	,8095
	Mais de 5 anos	,6235	,27250	,079	-,0550	1,3020
Mais de 5 anos	Menos de 1 ano	-,6452	,34854	,186	-1,5131	,2226
	Entre 1 a 5 anos	-,6235	,27250	,079	-1,3020	,0550

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 1,349.

Anexo 9
Análise estatística para testar a hipótese 3

Anexo 9.1

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Sexo do sujeito	1 Masculino	28
	2 Feminino	63

Descriptive Statistics

	Sexo do sujeito	Mean	Std. Deviation	N
Rácio_Funcionamento_ Familiar_A	Masculino	2,2629	,47815	28
	Feminino	1,9250	,46238	63
	Total	2,0290	,49038	91
Rácio_Funcionamento_ Familiar_D	Masculino	2,2862	,53242	28
	Feminino	1,8630	,47839	63
	Total	1,9932	,53035	91

**Box's Test of Equality of Covariance
Matrices^a**

Box's M	,685
F	,221
df1	3
df2	57664,067
Sig.	,882

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Pillai's Trace	,005	,419 ^b	1,000	89,000	,519	,005
	Wilks' Lambda	,995	,419 ^b	1,000	89,000	,519	,005
	Hotelling's Trace	,005	,419 ^b	1,000	89,000	,519	,005
	Roy's Largest Root	,005	,419 ^b	1,000	89,000	,519	,005
factor1 * Sex	Pillai's Trace	,022	2,035 ^b	1,000	89,000	,157	,022
	Wilks' Lambda	,978	2,035 ^b	1,000	89,000	,157	,022
	Hotelling's Trace	,023	2,035 ^b	1,000	89,000	,157	,022
	Roy's Largest Root	,023	2,035 ^b	1,000	89,000	,157	,022

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

c. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Sphericity Assumed	,015	1	,015	,419	,519	,005
	Greenhouse-Geisser	,015	1,000	,015	,419	,519	,005
	Huynh-Feldt	,015	1,000	,015	,419	,519	,005
	Lower-bound	,015	1,000	,015	,419	,519	,005
factor1 * Sex	Sphericity Assumed	,070	1	,070	2,035	,157	,022
	Greenhouse-Geisser	,070	1,000	,070	2,035	,157	,022
	Huynh-Feldt	,070	1,000	,070	2,035	,157	,022
	Lower-bound	,070	1,000	,070	2,035	,157	,022
Error(factor1)	Sphericity Assumed	3,082	89	,035			
	Greenhouse-Geisser	3,082	89,000	,035			
	Huynh-Feldt	3,082	89,000	,035			
	Lower-bound	3,082	89,000	,035			

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	factor1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Linear	,015	1	,015	,419	,519	,005
factor1 * Sex	Linear	,070	1	,070	2,035	,157	,022
Error(factor1)	Linear	3,082	89	,035			

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	673,680	1	673,680	1569,992	,000	,946
Sex	5,615	1	5,615	13,086	,001	,128
Error	38,190	89	,429			

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Rácio_Funcionamento_Familiar_A	,009	1	89	,926
Rácio_Funcionamento_Familiar_D	,185	1	89	,668

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

Anexo 9.2

Rácio Coesão Familiar

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

factor1	Dependent Variable
1	Racio_Coesao_A
2	Rácio_Coesao_D

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	2,639
F	,853
df1	3
df2	57664,067
Sig.	,465

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design:
factor1

Multivariate Tests^a

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	
factor1	Pillai's Trace	,004	,382 ^b	1,000	89,000	,538	,004
	Wilks' Lambda	,996	,382 ^b	1,000	89,000	,538	,004
	Hotelling's Trace	,004	,382 ^b	1,000	89,000	,538	,004
	Roy's Largest Root	,004	,382 ^b	1,000	89,000	,538	,004
factor1 * Sex	Pillai's Trace	,043	3,958 ^b	1,000	89,000	,050	,043
	Wilks' Lambda	,957	3,958 ^b	1,000	89,000	,050	,043
	Hotelling's Trace	,044	3,958 ^b	1,000	89,000	,050	,043
	Roy's Largest Root	,044	3,958 ^b	1,000	89,000	,050	,043

- a. Design: Intercept + Sex
 Within Subjects Design: factor1
 b. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Sphericity Assumed	,008	1	,008	,382	,538	,004
	Greenhouse-Geisser	,008	1,000	,008	,382	,538	,004
	Huynh-Feldt	,008	1,000	,008	,382	,538	,004
	Lower-bound	,008	1,000	,008	,382	,538	,004
factor1 * Sex	Sphericity Assumed	,085	1	,085	3,958	,050	,043
	Greenhouse-Geisser	,085	1,000	,085	3,958	,050	,043
	Huynh-Feldt	,085	1,000	,085	3,958	,050	,043
	Lower-bound	,085	1,000	,085	3,958	,050	,043
Error(factor1)	Sphericity Assumed	1,900	89	,021			
	Greenhouse-Geisser	1,900	89,000	,021			
	Huynh-Feldt	1,900	89,000	,021			
	Lower-bound	1,900	89,000	,021			

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	factor1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Linear	,008	1	,008	,382	,538	,004
factor1 * Sex	Linear	,085	1	,085	3,958	,050	,043
Error(factor1)	Linear	1,900	89	,021			

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	322,415	1	322,415	1307,642	,000	,936
Sex	3,069	1	3,069	12,447	,001	,123
Error	21,944	89	,247			

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
rácio_coesao_A	,110	1	89	,740
Rácio_Coesao_D	,337	1	89	,563

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

Anexo 9.3

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo do sujeito	1	Masculino	28
	2	Feminino	63

Descriptive Statistics

	Sexo do sujeito	Mean	Std. Deviation	N
Rácio_Flexib_A	Masculino	1,4219	,29993	28
	Feminino	1,2153	,32533	63
	Total	1,2789	,33029	91
Rácio_Flexi_D	Masculino	1,3461	,28987	28
	Feminino	1,1557	,36855	63
	Total	1,2143	,35578	91

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

factor1	Dependent Variable
1	Rácio_Flexib_A
2	Rácio_Flexi_D

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	2,580
F	,834
df1	3
df2	57664,067
Sig.	,475

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.
 a. Design: Intercept + Sex
 Within Subjects Design: factor1

Multivariate Tests^a

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	
factor1	Pillai's Trace	,105	10,459 ^b	1,000	89,000	,002	,105
	Wilks' Lambda	,895	10,459 ^b	1,000	89,000	,002	,105
	Hotelling's Trace	,118	10,459 ^b	1,000	89,000	,002	,105
	Roy's Largest Root	,118	10,459 ^b	1,000	89,000	,002	,105
factor1 * Sex	Pillai's Trace	,002	,150 ^b	1,000	89,000	,699	,002
	Wilks' Lambda	,998	,150 ^b	1,000	89,000	,699	,002
	Hotelling's Trace	,002	,150 ^b	1,000	89,000	,699	,002
	Roy's Largest Root	,002	,150 ^b	1,000	89,000	,699	,002

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

b. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	1,000	,000	0	.	1,000	1,000	1,000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Sphericity Assumed	,178	1	,178	10,459	,002	,105
	Greenhouse-Geisser	,178	1,000	,178	10,459	,002	,105
	Huynh-Feldt	,178	1,000	,178	10,459	,002	,105
	Lower-bound	,178	1,000	,178	10,459	,002	,105
factor1 * Sex	Sphericity Assumed	,003	1	,003	,150	,699	,002
	Greenhouse-Geisser	,003	1,000	,003	,150	,699	,002
	Huynh-Feldt	,003	1,000	,003	,150	,699	,002
	Lower-bound	,003	1,000	,003	,150	,699	,002
Error(factor1)	Sphericity Assumed	1,512	89	,017			
	Greenhouse-Geisser	1,512	89,000	,017			
	Huynh-Feldt	1,512	89,000	,017			
	Lower-bound	1,512	89,000	,017			

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	factor1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
factor1	Linear	,178	1	,178	10,459	,002	,105
factor1 * Sex	Linear	,003	1	,003	,150	,699	,002
Error(factor1)	Linear	1,512	89	,017			

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	255,964	1	255,964	1253,859	,000	,934
Sex	1,527	1	1,527	7,479	,008	,078
Error	18,169	89	,204			

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Rácio_Flexib_A	,060	1	89	,808
Rácio_Flexi_D	,567	1	89	,453

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Sex

Within Subjects Design: factor1

Anexo 10 :

Mapa Conjugal e Familiar. Adaptada de “FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study”, de D. Olson, 2011, *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), p. 75.

