

TRAJETÓRIA DA PERCEÇÃO DA COMPETÊNCIA EM FAMÍLIAS CUIDADORAS DE IDOSOS

Laura Maria Monteiro Viegas¹.

Professora da ESEL, Investigadora do CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1411-7245>

RESUMO: No exercício do papel de cuidador, importa adquirir competência sendo necessário tempo. Objetivo: avaliar o efeito do processo de cuidar na percepção da autoeficácia do cuidador familiar do idoso ao longo de 8 meses. Método estudo observacional e longitudinal, abordagem quantitativa., realizado num agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa. Amostra de conveniência com 30 díades (cuidador-idoso). Questionário com características sociodemográficas da díade, da prestação de cuidados e Escala de Autoeficácia (AE). Análise de dados com tratamento estatístico. Parecer favorável da Comissão de Ética. Resultados: jovens idosos a cuidar de idosos, maioria cuida entre 1-3 anos, seguindo-se os que cuidam há mais de 10 anos. Idosos muito dependentes nas Atividades de Vida Diária. Ao longo dos 8 meses diminui o apoio recebido, (sobretudo o dos familiares) assim como a AE. Nas variáveis: AE para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar; recebe apoio e número de atividades em que recebe apoio, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0.1$). Conclusão: a dependência do idoso implica um familiar assumir a responsabilidade pelo papel de cuidador. Na trajetória da prestação de cuidados a equipa multiprofissional capacita o cuidador de modo a aumentar a AE nesse papel a par da continua monitorização da mesma.

PALAVRAS-CHAVE: Autoeficácia. Cuidadores. Dependência

TRAJECTORY OF PERCEPTION OF COMPETENCE IN FAMILIES CARING FOR THE ELDERLY

ABSTRACT: When exercising the role of caregiver, it is important to acquire skills that require time. Objective: to evaluate the effect of the care process on the perception of self-efficacy of elderly family caregivers over 8 months. Method observational and longitudinal study, quantitative approach, carried out in a group of Health Centers in Lisbon. Convenience sample with 30 dyads (caregiver-elderly). Questionnaire with sociodemographic characteristics of the dyad, care provision and Self-Efficacy Scale. Data analysis with statistical treatment. Favorable opinion from the Ethics Committee. Results: young elderly people caring for

elderly people, most of whom have been caring for between 1-3 years, followed by those who have been caring for more than 10 years. Elderly people who are very dependent in Activities of Daily Living. Over the 8 months, the support received (especially from family members), self-efficacy (SE) decreases. In the variables: SE to control negative thoughts about caring, receives support and number of activities in which they receive support, a statistically significant difference was found ($p < 0.1$). Conclusion: the elderly's dependence implies that a family member assumes responsibility for the role of caregiver. During the provision of care, the multidisciplinary team trains the caregiver to increase SE in this role, alongside continuous monitoring.

KEY-WORDS: Self-efficacy. Caregivers. Dependency

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui-se como um fenômeno mundialmente expressivo (XIMENDES A, ALMEIDA, NUNES, ANVERSA, FLORES, 2021). Portugal não é exceção tendo uma esperança média de vida de 81,06 anos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021), revelando que vidas mais longas são uma das conquistas coletivas mais notáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Em Portugal o índice de envelhecimento aumentou, atualmente é de 182 idosos por 100 jovens, como nos dizem os últimos censos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021).

A dependência expõe o idoso a vulnerabilidades e incapacidades (LEAL, VERSA, SILVA, GONÇALVES, SILVA, SÁ, CARVALHO, SILVA, 2020) e conseqüentemente ao aumento da necessidade de cuidados de saúde e de apoio na realização das atividades de vida diária por tempo indeterminado.

A DIREÇÃO-GERAL DO EMPREGO, ASSUNTOS SOCIAIS E INCLUSÃO DA UNIÃO EUROPEIA e ECORYS (2021) refere que os cuidados informais de longa duração implicam cuidados prestados a pessoas que necessitam de apoio devido a deficiência ou velhice. As atividades de cuidado podem envolver ajuda nas atividades da vida diária (por exemplo, tomar banho, vestir-se e comer) e atividades instrumentais da vida diária (por exemplo, fazer compras, preparar refeições, trabalhos domésticos ou tarefas administrativas). Os cuidados são prestados durante pelo menos três meses consecutivos por alguém do meio social do destinatário dos cuidados (por exemplo, um familiar, amigo ou vizinho) e o prestador não é contratado a título profissional. Esta organização revela que na Europa 12-18% da população é cuidadora e em Portugal a população cuidadora é cerca de 12,5%. Apontando para a reorganização do funcionamento instrumental das famílias, de modo que um dos elementos assuma o papel de cuidador de forma natural ou por obrigação pessoal, familiar e/ou moral (MÓNICO, CUSTÓDIO, FRAZÃO, PARREIRA, CORREIA, FONSECA, 2017), sustentada na tradição de cuidar é na esfera familiar (SPASOVA, BAETEN, COSTER, GHAILANI, PEÑA-CASA, VANHERCKE, 2018) Ao serem uma recurso de apoio para suprir as necessidades da pessoa idosa, os cuidadores familiares apresentam-se na comunidade

como uma instituição de prestação de serviços (SANTOS, MARTINS, MACHADO, 2018).

Em Portugal foi publicado o estatuto do cuidador informal (PORTUGAL. Lei n.º 100/2019, 2019), que confere suporte legal aos cuidadores. O cuidador informal, é uma pessoa que assume o papel principal de cuidar da pessoa com dependência sem contrato formal para o desempenhá-lo, mesmo não tendo laços de consanguinidade com a pessoa cuidada, embora frequentemente seja um familiar direto (SANCHES, SANTOS, RADOVANOVIC, 2021).

O processo de cuidados tem uma dimensão temporal em que o cuidador tem de ajustar-se permanentemente, mobilizando recursos consoante a evolução da dependência da pessoa cuidada. A ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2019) refere que o processo de cuidados é um processo dinâmico de prestação de cuidados que o cuidador experiencia ao longo do tempo do seu papel de cuidador familiar num continuum de cuidados.

Nesta trajetória do processo de prestação de cuidados, o desempenho do papel de cuidador pode ser vivenciado como sobrecarga durante a rotina diária de quem presta cuidados continuamente. A literatura descreve os efeitos da sobrecarga no cuidador ao nível da saúde física e mental assim como ao nível financeiro (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019), que exigem consumo de cuidados de saúde com implicações para os sistemas de saúde e organizações empregadoras. A sobrecarga de quem cuida também tem repercussões na pessoa cuidada pelos cuidados que lhe são prestados (SOUZA, RODRIGUES, ALCANTARA, CARVALHO, SANTOS, MACHADO, 2021).

Apesar do modelo de autoeficácia de BANDURA (1997) ser utilizado em estudos sobre stress crónico e *coping*, a sua aplicação inicial foi em estudos com CF de pessoas sobretudo com demência. De facto, face a uma situação emergente de cuidar de um familiar dependente qualquer pessoa se questionará se será ou não capaz de responder ao desafio.

HUANG, SHYU, CHEN & HSU (2009) verificaram que os cuidadores de pessoas com demência com menor nível de educação tinham menos autoeficácia na gestão dos comportamentos alterados dos seus familiares e apontam como fator importante a intervenção com os cuidadores para melhorarem a sua autoeficácia para subseqüentemente melhorarem a sua qualidade de vida bem como a da pessoa com demência. Numa meta análise realizada por SORENSEN, PINQUART, DUBERSTEIN (2002) as autoras verificaram que os participantes cuidadores tinham níveis mais baixos de autoeficácia que os participantes não cuidadores, o que pode sugerir que com o passar do tempo o CF diminui o julgamento sobre a sua capacidade de prestar cuidados com êxito.

SANTOS, MARTINS, MACHADO (2018) verificaram que a auto-eficácia do familiar cuidador está proporcionalmente aumentada nas situações em que as pessoas cuidadas são mais dependentes nas AVD básicas, porém a mesma não é influenciada pela autonomia da pessoa nas AVD instrumentais.

O estudo de CHENG, LAM, KWOK, NG, FUNG, (2010) revelou que os cuidadores com maior autoeficácia no controle de pensamentos negativos associados à prestação de cuidados apresentavam menor sobrecarga. Vários investigadores como STEFFEN, GALLAGHER-THOMPSON, ARENELLA, AU, CHENG, CRESPO, ... ROMERO-MORENO (2019) referem que a teoria da autoeficácia pode explicar a variabilidade de respostas dos cuidadores a situações similares de prestação de cuidados. Além disso, compreender o perfil das crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade de cuidar pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com as exigências do ato de cuidar e assim orientar os profissionais para a implementação de intervenções com vista à promoção da autoeficácia e bem-estar do cuidador. Deste modo, é fundamental a compreensão da autoeficácia do papel do familiar cuidador quer para o próprio quer para o profissional de saúde que o acompanha no continuum da prestação de cuidados (SANTOS, MARTINS, MACHADO, 2018).

Assim importa avaliar o efeito da passagem do tempo na autoeficácia do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa com dependência

Recorremos ao modelo transacional de stresse de PEARLIN, MULLAN, SEMPLE E SKAFF (1999) é usado para a compreensão do CF no processo de prestação de cuidados e integra quatro dimensões (Contexto de cuidados, Stressores, Recursos e Resultados) Prossequimos com a categorização destas categorias/fatores nas variáveis do modelo sistémico de Neumam. O sistema cliente é representado simbolicamente como um conjunto de círculos concêntricos rodeando a estrutura base, o Core e as Linhas que o envolvem (a Linha de Resistência, a Linha Normal de Defesa e o círculo mais exterior, a Linha Flexível de Defesa) os quais com cinco variáveis: fisiológica, psicológica, socio cultural, desenvolvimento e espiritual. O core é constituído pela díade CF e idoso com dependência.

Hipótese de investigação: ao longo do tempo a autoeficácia do cuidador familiar da pessoa idosa com dependência diminui durante o processo de prestação de cuidados.

OBJETIVO

Avaliar o efeito do processo de cuidar na autoeficácia do cuidador ao longo de 8 meses.

METODOLOGIA

Estudo observacional e longitudinal com abordagem quantitativa. A amostra é de conveniência. Participantes são os cuidadores cujos familiares recetores de cuidados são idosos e dependentes nas Atividades de Vida Diária, inscritos numa Unidade de Saúde da região de Lisboa, que voluntariamente quiseram participar no estudo. Critério de exclusão: pessoa idosa cuidada com diagnóstico de Doença de Alzheimer à data do recrutamento. Na visita domiciliária, o enfermeiro, informava sobre a investigação a decorrer e explicava

a sua participação na resposta a um questionário em três momentos avaliativos durante a visita da investigadora. O período de recrutamento decorreu de dezembro 2014 a abril 2017. Formou-se um sistema cliente formado por um grupo único avaliado em 3 momentos distintos, durante 8 meses. A primeira avaliação corresponde ao momento T1, a segunda avaliação ocorreu ao fim de 2 meses após a primeira: T2 e a terceira ao fim de 8 meses após a primeira, T3.

Instrumento de medida: usadas duas dimensões do modelo de Perlin: 1- contexto de cuidados (caraterização sociodemográfica CF e idoso e história do contexto de cuidado: *i*) Relação de parentesco, *ii*) Situação ou não de coabitação, *iii*) Tempo que cuida em anos, *iv*) Nº horas diárias na prestação de cuidados) e 2- Stressores secundários. (competência avaliada pela Autoeficácia do cuidador). Questionário com duas partes: 1- contexto de cuidados; 2-versão portuguesa da Escala de Autoeficácia do cuidador elaborada por Mata (2012) a partir da *The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy*. Escala com 22 itens, distribuídos por 4 dimensões da Autoeficácia (AE):

1) AE para obter pausa junto dum amigo; 2) AE para obter pausa junto dum familiar; 3) AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada; 4) AE para controlar comportamentos negativos acerca do ato de cuidar. As questões para obter uma pausa são iguais para o amigo e para o familiar (Mata, 2012) sendo as questões ímpares destinadas ao amigo e as pares destinadas à família. Os autores utilizaram uma escala de medida de 0% a 100% para medir a segurança dos respondentes na capacidade de realizar as atividades referenciadas no instrumento. Assim a escala é tipo *Likert* com possibilidade entre: Nadacapaz (0%) a Completamente capaz = 4 (100%). A maior pontuação corresponde uma maior autoeficácia.

Os resultados do estudo da escala são similares aos do estudo de Mata (2012) sendo aceitáveis em termos de fiabilidade. No nosso estudo, também calculamos a AE para obter uma pausa somando a pausa junto do amigo e do familiar “Pausa total”.

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 093/CES/INV/2014

Para a comparação das variáveis nos 3 momentos (T1, T2 e T3) recorreu-se inicialmente à estatística descritiva Para todas as variáveis calculou-se a taxa de variação média entre tempos (entre T1 e T2, T2 e T3 e T1 e T3).e posteriormente à estatística inferencial.

Foi testada a normalidade das variáveis nos 3 momentos com o teste de Kolmogorov-Smirnov e o de Shapiro-Wilk. Para a homogeneidade das variâncias o Teste de Levene. Não se verificou normalidade das variáveis nos 3 momentos pelo que foi utilizado o teste Q de Cochran, e o não paramétrico Teste de Friedman. Para todas as análises, escolheu-se um nível de significância de 10%. O tratamento e análise dos dados foi feita através do Software estatístico IBM-SPSS, versão 22

RESULTADOS

O sistema cliente constituído por um grupo de 30 CF e idosos cuidados que continuaram em avaliação de T1 para T2. Do momento T2 para o T3, sistema cliente reduzido a 21 CF.

No **Core** do sistema cliente:

- Na variável fisiológica: os cuidadores têm idade média aproximada que ronda os 68 anos, com uma amplitude elevada, entre 44 e os 87 anos. Os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino (70%), casados (70%) e na sua esmagadora maioria, coabitam com o idoso (87%) a quem prestam cuidados. A idade média dos idosos é de cerca de 83 anos, com uma amplitude menor (mas apesar de tudo, elevada), entre os 69 e os 100 anos. As pessoas cuidadas são maioritariamente do sexo feminino (73%) e casados (57%). Na variável psicológica: o grau de parentesco do cuidador com o idoso é maioritariamente o de conjugue (60%). Na variável sociocultural: a maioria dos cuidadores (63%) está reformado. Os cuidadores dividem-se pelos níveis de escolaridade, tendo 30% pelo menos o secundário e 30% o 1º ciclo ou menos. Os idosos são bastante menos instruídos, só 30% têm pelo menos o secundário e 60% não têm mais do que o 1º ciclo do ensino básico no que respeita à escolaridade completa.

Na **LND** do sistema cliente:

- Na variável fisiológica avaliámos o tempo dedicado à prestação de cuidados em anos. A maior percentagem de cuidadores desempenha o papel há “menos de 1 ano” (17%) que é inferior à percentagem de CF que cuida nas outras categorias da variável, nas quais, verifica-se que a maior percentagem recai nos CF que cuidam “entre 1-3 anos”, seguida da percentagem dos CF que cuidam há “mais de 10 anos” e por último com igual percentagem os CF que cuidam “entre 3-5 anos” e “entre 3-10 anos” respetivamente.

Diferenças das variáveis do Core e Linhas que o envolvem no sistema cliente em T1, T2 e T3

Core

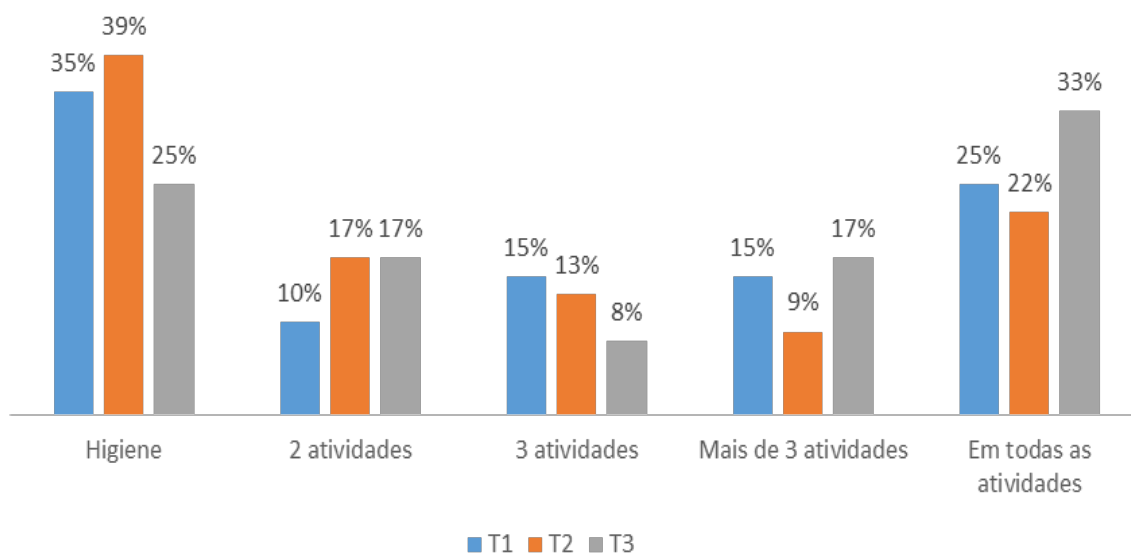
O nível de dependência do idoso em AVDB corresponde ao próximo de “muito dependente” baixa em T2 e sobe em T3 mas sem atingir o nível de T1. O nível de dependência do idoso em AVDI corresponde ao próximo de “completamente dependente” subindo ligeiramente em T2 e desce em T3 mas sem atingir o nível de T1.

Linha de Resistência

Esta linha engloba a variável fisiológica relativa ao apoio social que envolve as categorias *i*) recebe apoio, paga pelo apoio e horas diárias de apoio recebido e *ii*) de quem recebe apoio e em que atividades.

- Nas categorias: apoio recebido para cuidar (formal e informal), revelou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,1$) nos três momentos diminuindo fortemente a percentagem de CF que recebem apoio. No entanto para os CF que continuaram a receber apoio, aumentou “o apoio recebido”, aumentou “o número de horas de apoio diário recebido” e consequentemente aumentou o “pagamento pelo apoio”. Nas categorias de quem recebe apoio, o apoio informal vai deixando de existir com o tempo (quebra do apoio da família) e mantêm o apoio formal com “empregadas a tempo parcial. As atividades em que os CF são apoiados começam a aumentar predominando a categoria “todas as atividades” com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,1$) nos três momentos (gráfico 1);

Gráfico 1 - Comparação da variável fisiológica (apoio social: em que atividades recebe apoio) no sistema cliente em T1, T2 e T3 Lisboa, Portugal, 2020 (N=30 em T1-T2 e N=21 em T3)



Fonte: Viegas, Laura (2020)

Linha Normal Defesa

Variável sociocultural: AE para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar”, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,1$) nos três momentos; “AE para cuidar”, “AE para pedir ajuda a um familiar e a um amigo para fazer uma pausa”, sobretudo esta última foi a categoria que mais diminuiu (quadro 1).

Quadro 1 - Comparação da variável sociocultural da LND (autoeficácia) no sistema cliente Lisboa, Portugal, 2020 (N=30 em T1-T2 e N=21 em T3)

LND Variável Sociocultural	Medidas estatísticas	T1	T2	T3	Taxa de variação (mediana) T1-T2	Taxa de variação (mediana) T2-T3	Taxa de variação (mediana) T1-T3	Valor p
AE pausa amigos	Média	5,45	7,18	7,46	11,1	-40	-33,3	0,682
	Mediana	4,5	5	3				
	DP	4,38	7,7	10,56				
	Min-Max	01-17	01-20	01-40				
	n=20	n=17	n=13					
AE pausa familiar	Média	10,77	10,79	11,22	-5,3	5,6	0	0,699
	Mediana	9,5	9	9,5				
	DP	7,7	7,08	9,64				
	Min-Max	01-35	03-35	01-40				
	n=26	n=24	n=18					
Pausa total	Média	14,41	15,24	15,74	-13,3	-7,7	-20	0,337
	Mediana	15	13	12				
	DP	8,55	9,25	17,07				
	Min-Max	02-40	03-37	02-80				
	n=27	n=25	n=19					
AE gerir comp. Inadequado idoso	Média	15,97	16,62	14	3,4	-23,3	-20,7	0,499
	Mediana	14,5	15	11,5				
	DP	7,69	8,95	10,04				
	Min-Max	06-36	02-34	01-48				
	n=30	n=29	n=20					
AE controlo pensamentos negativos sobre o cuidar	Média	18,84	14,75	15,63	-29,4	8,3	-23,5	0,031
	Mediana	17	12	13				
	DP	9,93	10,29	9,52				
	Min-Max	03-48	01-46	02-48				
	n=28	n=28	n=19					
AE total escala	Média	46,5	42,53	41,71	-21,7	11,1	-13,0	0,864
	Mediana	46	36	40				
	DP	19,87	23,12	34,98				
	Min-Max	15-95	03-94	2-176				
	n=30	n=30	n=21					

Fonte: Viegas, Laura (2020)

DISCUSSÃO

No início a percentagem dos CF que responderam afirmativamente terem apoio para cuidar foi superior à dos que responderam negativamente. Os resultados revelaram diminuição do apoio com diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos. Apesar de ter diminuído a percentagem dos CF que receberam apoio, os que mantiveram apoio aumentaram o número de horas diárias de apoio e em consequência aumentou o

pagamento pelo mesmo.

Houve aumento do apoio recebido pelos cuidadores, via empregada a tempo parcial e diminuição do "apoio domiciliário". A diminuição deste "apoio domiciliário" via institucional é um dado curioso, notando-se a preferência pelo apoio individualizado por empregada a tempo parcial que poderá estar relacionado com horário menos flexível do apoio "via apoio domiciliário". Embora o pagamento possa ser superior pela prestação de cuidados pela empregada parece ser a opção dos CF por um apoio mais personalizado e que pode revelar horários de trabalho mais compatíveis com as suas necessidades associado com o facto do aumento da dependência do idoso nas AVDI. O estudo revelou que a dependência do idoso nas AVD Básicas (muito dependente) apesar de aumentar, não chegou ao nível avaliado inicialmente embora a autoeficácia (no total) tenha diminuído. Este dado não é similar ao estudo de SANTOS, MARTINS, MACHADO (2018), no qual verificaram que a autoeficácia do familiar cuidador está proporcionalmente aumentada nas situações em que a pessoa cuidada é mais dependente nas AVD básicas.

Nos CF que mantêm apoio, à medida que decorre o processo de prestação de cuidados ao familiar idoso com dependência verifica-se aumento das atividades em que o CF requiere apoio pelo que se verificou aumento de 32% da categoria "em todas as atividades". A categoria "atividades em que o CF recebe apoio" apresentou diferenças estatísticas ao longo dos momentos avaliativos. A explicação poderá dever-se ao facto de os CF que recebem apoio durante o *continuum* de prestação de cuidados têm necessidade de assegurar os cuidados ao idoso por outros, porque eles próprios já não o conseguem pelo declínio da capacidade funcional associado à sua idade, jovens idosos.

O aumento das pessoas que não recebem qualquer tipo de apoio é preocupante uma vez que a maioria dos CF são jovens idosos a cuidar de idosos mais de 10h por dia e provavelmente o rendimento familiar é insuficiente para solicitar resposta do suporte formal pelas repercussões desse pagamento no orçamento familiar como referem WAWRZICZNY, LAROCLETTE, PAPO, CONSTANT, DUCHARME, KERGOAT, PASQUIER, ANTOINE (2018) a ajuda financeira não é fácil de obter e os serviços domésticos são caros. Então é previsível o agravamento do orçamento familiar. Tal significará que as famílias precisam ver reformuladas as políticas de apoio financeiro. Há que problematizar e questionar a dimensão económica dos cuidados, pois estes sendo um bem, precisam ser valorizados.

As novas configurações familiares levantam problemas que se expressam neste estudo, onde o cuidado a idosos por outros tão mais idosos é um problema de difícil adjetivação e de ainda mais complexa resolução. Assim o estudo revela um resultado interessante relativo ao sistema cliente ser constituído por jovens idosos a cuidar de idosos, na maioria conjugues como no estudo de LÉVESQUE, LACHANCE, ZARIT, VÉZINA, GANGBÈ, CARON (2006).

A autoeficácia para ser cuidador diminuiu ao longo do tempo. Na categoria “autoeficácia para gerir o comportamento inadequado do idoso” aumenta de T1-T2 mas diminui T2-T3 e T1-T3. Sustentado na teoria de BANDURA (1997), HSIN-YI LIU, LIAN-HUA HUANG (2018) referem que a autoeficácia pode ser integrada em programas psicoeducativos, grupos de apoio a cuidadores e programas cognitivos e técnicas de comportamento que permitirá aos cuidadores reforçar a sua capacidade de gerir os comportamentos perturbadores da pessoa cuidada e ensinar competências para aumentar capacidade para os gerir no desempenho do seu papel.

O estudo de CHENG, LAM, KWOK, NG, FUNG (2010) revelou que os cuidadores com maior autoeficácia no controlo de pensamentos associado ao processo de cuidar de alguém apresentavam menor sobrecarga. Este dado difere do encontrado no nosso estudo na medida em a categoria “autoeficácia para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar” diminuiu com diferenças estatísticas significativas enquanto a sobrecarga aumentou (avaliada no âmbito de outro estudo), revelando que além do tempo para desenvolver a competência de cuidar há outros fatores a integrar na variabilidade de respostas dos cuidadores a situações similares de prestação de cuidados. A amostra de conveniência foi uma limitação do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo avaliou o efeito da prestação de cuidados, alinhado com a literatura internacional e nacional sobre os efeitos do processo de cuidados ao longo do tempo, neste caso 8 meses durante os quais diminuiu a AE para o desempenho do papel. A dependência da pessoa cuidada é percebida como um problema da família e os CF são considerados como recurso ativo gratuito para compensar a falta de recursos. É urgente a equipa multiprofissional de saúde e social acompanhar todo o processo que passa pela avaliação da autoeficácia do cuidador, através de programas formativos adequados às suas necessidades, reforçar a sua competência para gerir as situações de cuidado que vão emergindo num *continuum* e a procura de apoio quando necessário.

REFERÊNCIAS

DIREÇÃO-GERAL DO EMPREGO, ASSUNTOS SOCIAIS E INCLUSÃO; ECORYS. **Estudo sobre a exploração da incidência e dos custos dos cuidados informais de longa duração na UE**; Serviço de Publicações da União Europeia: Luxemburgo, 2021. <https://doi.org/10.2767/06382>. 15. eurocarers.org. Dados sobre cuidadores informais na Europa. Disponível em: <https://eurocarers.org/about-carers/>. Acesso em: 2 junho 2024

HSIN-YI LIU, LIAN-HUA HUANG The relationship between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers: caregiving self-efficacy as a mediator. **Aging & mental health**, v. 22, n. 4, p.558–567.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/136078>

63.2016.1269148. Acesso em: 18 junho 2024

LEAL R, VERSA S, SILVA M, GONÇALVES C, SILVA C, SÁ A, CARVALHO V, SILVA M. Efeitos do envelhecer: grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária. **Braz. J. of Develop**,v.6, n.7, p.53931-53940.2020. DOI:10.34117/bjdv6n7-876

SANCHES RCN, SANTOS FTG, RADOVANOVIC CAT. Construção e validação de questionário para avaliação das competências do cuidador informal. **Cogit. Enferm**,v.26. 2021, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73966>. Acesso em:2 junho 2024

SOUZA HP, RODRIGUES PF, ALCANTARARS, CARVALHO RA, SANTOS JHB, MACHADO MMP. Physical and emotional impacts on the health care of informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Research, Society and Development**, v. 10, n.8. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.16990

VIEGAS, Laura Maria Monteiro Viegas. **Promoção da qualidade dos cuidados familiares e da saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem**.2020. Dissertação (Doutoramento em enfermagem) - Universidade de Lisboa, Lisboa. 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/44170> Acesso em: 10 junho 2024.