



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O PROCESSO DE LUTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: FATORES DE ADAPTAÇÃO NOS CUIDADORES INFORMAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Anabela Pinho Santos*

Porto, julho de 2018



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O PROCESSO DE LUTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: FATORES DE ADAPTAÇÃO NOS CUIDADORES INFORMAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Anabela Pinho Santos*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho de 2018

## **Agradecimentos**

### Gostaria de agradecer...

À Professora Doutora Elisa Veiga por tudo aquilo que me ensinou ao longo deste ano, pelo apoio e carinho que me deu e por toda a preocupação e compreensão que teve. Todo o seu trabalho é de excelência e eu estou muito grata por poder ter tido a oportunidade de aprofundar mais conhecimentos e de poder ter tido a sua orientação para a realização de todo este estudo.

À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã, à minha madrinha e ao meu padrinho que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo de todos estes anos de estudos. Agradeço tudo o que fizeram por mim e o que continuam a fazer e por acreditarem nas minhas capacidades, mesmo quando em momentos de crise, eu própria as punha em causa.

Ao Nuno, por todo o apoio, compreensão, amizade, companhia, carinho, ajuda e motivação ao longo destes tempos.

À minha melhor amiga Joana (*Juca*), pois graças a ela todos estes cinco anos tiveram um maior significado. Passamos por diversos momentos de crescimento pessoal e profissional que sem dúvida ficarão para sempre nas minhas memórias de faculdade. Foi sempre a minha parceira de trabalhos de grupo, a minha ouvinte, a minha companheira e acima de tudo a minha amiga incondicional e de todas as horas.

À Andreia, à Joana, ao Luís, à Carla, ao Daniel e ao João, pela amizade, compreensão, preocupação e por todos os momentos de convívio que me proporcionaram. Agradeço por fazerem de mim o que sou hoje, por acreditarem em mim e pela força e motivação que me transmitem.

A todos os participantes deste estudo, uma vez que este não poderia ser realizado sem o consentimento dos mesmos. A todos eles um especial agradecimento pela sua simpatia e disponibilidade para participar neste projeto.

Ao Professor Doutor Eduardo Carqueja, por me ajudar em todo o processo de seleção da amostra e recolha de dados e por todo o conhecimento que me transmitiu ao longo deste ano letivo.

Ao *Pastel* por estar presente em todas as horas e pela companhia que me proporcionou ao longo da redação deste trabalho.

## **Resumo**

O objetivo geral do estudo é compreender quais são os fatores que contribuem para a adaptação no processo de luto após a perda de um familiar em Cuidados Paliativos.

Neste sentido foi utilizado o método qualitativo onde se procedeu à realização de uma entrevista semiestruturada. No estudo foram entrevistados cinco participantes que estão num processo de luto há pelo menos seis meses. O tratamento de dados segue os princípios da *grounded theory* e a sua análise ocorreu a partir do recurso ao software N-VIVO.

Como principais resultados obteve-se como fatores de risco as dificuldades económicas, sentimentos de tristeza, arrependimento, stress, solidão e ansiedade, o facto de a morte ser inesperada, dificuldades em aceitar a perda e outros acontecimentos de vida que tenham ocorrido para o cuidador após a morte do seu familiar; e como fatores protetores o suporte social, o facto de poder ter assistido à morte e as estratégias que foram desenvolvidas para reconstruir a sua vida após a perda.

Concluindo, a realização deste tipo de estudos é importante, pois a partir destes, os profissionais de saúde podem aperfeiçoar as suas práticas profissionais utilizadas com este tipo de população.

**Palavras-Chave:** Cuidadores Informais; Fatores de Proteção; Fatores de Risco; Processo de Luto; Serviço de Cuidados Paliativos

## **Abstract**

The aim of this study is to understand the factors that contributes to the adaptation during grief process after death of a relative in Palliative Care.

For this, it was used a qualitative method where a semi-structured interview was carried out. In this study five people in a grief process for at least six months was interviewed. Data processing was performed using the N-VIVO software following the principles of grounded theory.

Economic difficulties, feeling of sadness, loneliness and anxiety, unexpected death, the difficulty to accept the loss as well as another life events which occurs after death of relative were identified as the main risk factors, while the social support, to witness death and the strategies that were developed to rebuild his life after the relative loss were pointed as protective factors.

In conclusion, the performance of this type of studies is important, since from these, health professionals can improve their professional practices used with this type of population.

**Keywords:** Grief Process; Informal Caregivers; Palliative Care Service; Protective Factors; Risk Factors

## **Índice**

<b>Introdução</b>	pág. 9
I. Enquadramento Teórico	pág. 10
II. Método	
<i>Objetivos do estudo</i>	pág. 20
<i>Amostra</i>	pág. 20
<i>Instrumentos</i>	pág. 22
<i>Procedimentos de recolha de dados</i>	pág. 22
<i>Tratamento e análise de dados</i>	pág. 22
III. Apresentação e discussão de resultados	pág. 24
IV. Conclusão	pág. 32
<b>Bibliografia</b>	pág. 33
<b>Anexos</b>	pág. 36

## **Índice das Tabelas**

**Tabela 1:** Caracterização dos Participantes \_\_\_\_\_ pág. 21

## **Índice dos Anexos**

**Anexo A:** Ficha de recolha dos dados biográficos

**Anexo B:** Guião de Entrevista semiestruturada

**Anexo C:** Termo de Consentimento Informado

**Anexo D:** Sistema Geral de Categorias

**Anexo E:** Descrição do Sistema Geral de Categorias

## **Introdução**

O objetivo geral deste estudo é compreender quais são os fatores que contribuem para a adaptação no processo de luto após a perda de um familiar em Cuidados Paliativos.

O luto é um processo individualizado, normal e esperado em consequência do rompimento de um vínculo (Franco, 2008). Este processo é muitas vezes experienciado em diversos contextos, em especial no contexto dos Cuidados Paliativos.

Atualmente, o número de pessoas que experiencia um tratamento relacionado com uma doença terminal, é crescente. Conseqüentemente, estas pessoas, assim como os seus cuidadores, desenvolvem certas necessidades físicas, emocionais, espirituais, intelectuais e sociais.

Após a morte das pessoas que têm o diagnóstico de uma doença terminal é necessário avaliar qual o impacto que este acontecimento teve na vida do cuidador da pessoa doente. A estes cuidadores, é importante apoiar na promoção da saúde mental, na promoção da continuação dos papéis sociais e na prevenção do aparecimento de alguma doença psicopatológica.

Para que tais doenças não se desenvolvam, é necessário intervir de forma diferente para com estas pessoas. Tal intervenção, prende-se com o apoio que se deve dar no momento anterior à morte do seu familiar, fazendo um acompanhamento para com o cuidador, a partir do momento em que este recebe a notícia da doença do seu familiar.

Deste modo, a intervenção deve ser realizada individualmente, à medida da pessoa, pois todas as pessoas têm formas diferentes de pensar, sentir e agir perante estas e outras circunstâncias.

## **I. Enquadramento Teórico**

O luto é um processo individualizado, normal e esperado em consequência do rompimento de um vínculo (Barreto & Soler, 2008; Franco, 2008). Trata-se portanto de um processo complexo e multidimensional, envolvendo um conjunto de elementos físicos, psicológicos e sociais (Barreto & Soler, 2008; Silva & Ferreira-Alves, 2012). O diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal, pode acarretar, pelas perdas, concretas ou simbólicas, para a pessoa e para a sua família um processo de luto (Barreto & Soler, 2008; Franco, 2008).

O Serviço de Cuidados Paliativos é o contexto onde o doente e a sua família vivenciam estas perdas. Este Serviço tem como objetivo alcançar a melhor qualidade de vida possível para os doentes e as suas famílias, surgindo como uma filosofia humanitária de cuidar de pessoas doentes em estado terminal, realizando uma identificação precoce, elaborando uma avaliação correta, aliviando a sua dor e o seu sofrimento, dando apoio psicossocial, otimizando a capacidade funcional e respeitando a autonomia e o papel apropriado de familiares e substitutos legais (Organização Mundial da Saúde, 2002; Haley, Larson, Kasl-Godley, Neimeyer & Kwilosz, 2003; Reverte, Gil, Toro, García & Batiste, 2008; Hermes & Lamarca, 2013; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018). Estes familiares, enquanto cuidadores informais do doente, também sofrem algumas alterações, nomeadamente ao nível físico e ao nível psicológico ou emocional (Astudillo, Mendinueta & Granja, 2008). Estas alterações devem-se por exemplo, a dores musculares, cansaço, alterações cognitivas, sentimentos de ansiedade e depressão, fazendo com que se torne pertinente perceber, numa fase inicial, que tipo de apoio é que a pessoa dispõe para cuidar do seu familiar (Astudillo, Mendinueta & Granja, 2008). O termo de Cuidados Paliativos trata-se de um conceito amplo, pois inclui a gestão das necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e existenciais de indivíduos com doença avançada e sem referência a uma expectativa de vida especificada do doente (Organização Mundial de Saúde, 2002; Haley, *et al.* 2003).

Como forma de entender o processo de luto, existem vários autores que ao longo dos anos se têm debruçado e criado modelos que melhor permitem a sua compreensão. Segundo Grainger (1998) os modelos de luto refletem as nossas representações sociais elaboradas em relação à vida e à morte e, portanto, os modelos que se podem mencionar até ao momento são diversos, tais como, o Modelo Médico da Doença e da Morte, a Teoria do Trabalho de Luto (Freud, 1917/1957), a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1982), a Perspetiva de Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1997), o Modelo das Tarefas de Worden (Worden, 2002), o Modelo do Processo

Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999, 2001, 2005, 2010) e a Revisão do Modelo do Processo Dual (Stroebe & Schut, 2015).

Relativamente ao Modelo Médico da Doença e da Morte, este defende que o indivíduo que passa por um processo de luto, não só pode passar dificuldades ao desenvolver processos psicopatológicos, como também passa dificuldades ao enfrentar o processo de luto. Este modelo acrescenta ainda que o luto é visto como uma doença, com sintomatologia facilmente identificável (Franco, 2008).

Segundo a Teoria do Trabalho de Luto, existe um processo de diminuição gradual de energia, que liga o indivíduo enlutado à pessoa falecida, na medida em que, a pessoa enlutada tem que enfrentar a realidade da perda e começar a desvincular-se da pessoa falecida (Freud, 1917 cit. in Silva & Ferreira-Alves, 2012; Stroebe & Schut, 2015). Neste sentido, o nome desta teoria remete para o entendimento das emoções e sentimentos que estão associados à perda, que incluem a abordagem dos aspetos relacionados com a pessoa que faleceu e as circunstâncias em que a morte ocorreu, levando à perda gradual dos laços com a pessoa falecida (Silva & Ferreira-Alves, 2012).

A Teoria da Vinculação, desenvolvida por Bowlby (1982) refere que os tipos de vinculação, nomeadamente a segura e a insegura, associam-se a diferentes formas e resultados de reação à perda. Tradicionalmente, o processo de luto era entendido a partir de diversas fases, que estavam relacionadas com este processo e passavam pelo entorpecimento, a procura e saudade, a desorganização e desespero e, por fim, a reorganização (Bowlby, 1982). Bowlby (1982) ainda acrescenta que a procura e o choro são mecanismos adaptativos que foram desenvolvidos para recuperar a figura de vinculação perdida, e portanto, estes comportamentos continuam como uma resposta automática e intrínseca à perda.

No que respeita à Perspetiva de Kübler-Ross, esta é definida pela própria autora em 1997 como Etapas pelas quais as pessoas em luto experienciam. Estas etapas passariam pelo choque e a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. Estas foram referidas à experiência típica de um grupo de doentes em fase terminal e também observadas nos familiares desses mesmos doentes (Kübler-Ross, 1997 cit. in Silva & Ferreira-Alves, 2012). Estas etapas devem ser entendidas como atribuindo um papel ativo ao indivíduo e não um papel passivo, pois existem manifestações de uma adaptação ativa ao confronto com a perda, na medida em que um indivíduo pode passar do choque e da negação para a raiva e desta para a negociação, mas poderá voltar novamente para o choque e a negação, sendo este um modelo de natureza

circular (Kübler-Ross, 1997 cit. in Aquilanti & Leroux, 1999; Barreto & Soler, 2008; Silva & Ferreira-Alves, 2012; Arizmendi & O'Connor, 2015).

Já o Modelo das Tarefas de Worden, referem-se a um modelo baseado em tarefas que a pessoa enlutada deve desempenhar para se adaptar ao luto (Worden, 2002; Worden, 2009 cit. in Stroebe & Schut, 2015). Essas tarefas passariam por aceitar a realidade da perda, trabalhar a dor do luto, adaptar-se a um ambiente no qual a pessoa falecida está ausente e recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida para que se possa continuar a viver (Worden, 2002; Worden, 2009 cit. in Stroebe & Schut, 2015).

No que toca ao Modelo do Processo Dual de Lidar com o Luto, este propõe que as estratégias de  *coping*  adaptativas são compostas pela confrontação/evitação da perda, a par com necessidades de reestruturação, sugerindo uma revisão nas conceções teóricas sobre o processo de luto, ao identificar dois tipos de fatores stressores orientados para a perda e para a reestruturação e ao considerar a existência de um processo dinâmico e regulador dessas mesmas estratégias, através da oscilação, da qual a pessoa em luto pode confrontar ou evitar diferentes tarefas deste mesmo processo (Worden, 2002; Franco, 2009; Stroebe & Schut, 2010; Silva e Ferreira-Alves, 2012; Stroebe & Schut, 2015). Deste modo, o presente modelo, remete para a compreensão do processo de  *coping*  e de adaptação ao luto, sendo que a este coexistem três dimensões ou componentes, como a orientação para a perda, a orientação para o restabelecimento e a oscilação (Schut, 1999; Worden, 2002; Stroebe & Schut, 2010; Stroebe & Schut, 2015). Trata-se de um modelo claramente distinto dos outros modelos de  *coping* , relacionados com o luto, devido a um processo de regulação emocional envolvendo uma oscilação (Worden, 2002; Hansson & Stroebe, 2007, p. 48 cit. in Silva & Ferreira-Alves, 2012; Stroebe & Schut, 2010). Neste sentido, oscilação caracteriza-se pela existência de uma alternância entre a orientação para a perda e a orientação para o restabelecimento realizada através do confronto e do evitamento dos diferentes stressores do luto (Stroebe & Schut, 2010; Silva & Ferreira-Alves, 2012).

Recentemente, este Modelo sofreu ligeiras modificações, acrescentado ao nível individual, o nível familiar. A “Revisão do Modelo do Processo Dual:  *Coping*  ao nível individual e familiar” defende que é importante reconhecer e compreender o impacto da família na pessoa individual e vice-versa (Stroebe & Schut, 2015). Deste modo, este modelo acredita que as famílias não só contribuem mas também ajudam a encontrar soluções para as dificuldades relacionadas com o processo de luto (Stroebe & Schut, 2015). Para explicar esta nova atualização, os autores recorrem ao apoio do Modelo das Tarefas de Worden e ao Modelo

anterior do Processo Dual de Lidar com o Luto, sendo que, desta forma, ter-se-á na mesma os dois tipos de fatores stressores que estão orientados para a perda e para a reestruturação. Relativamente ao fator stressor orientado para a perda, como etapas de nível individual teríamos as quatro tarefas de Worden (aceitar a realidade da perda, trabalhar a dor do luto, adaptar-se a um ambiente no qual a pessoa falecida está ausente e recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida para que se possa continuar a viver) (Stroebe & Schut, 2015). Já a um nível familiar poder-se-á mencionar a aceitação familiar da realidade da perda, a partilha, com membros da família, da dor do sofrimento, o ajustamento, como uma família, para o mundo sem a pessoa que faleceu e a recolocação da pessoa falecida no contexto familiar (Stroebe & Schut, 2015). No que toca ao fator stressor orientado para a reestruturação, teríamos a um nível individual a aceitação da realidade de um mundo diferente, o aproveitamento do tempo livre da dor e da tristeza, a adaptação a um ambiente modificado, e o desenvolvimento de novos papéis, identidades e relacionamentos (Stroebe & Schut, 2015). A um nível familiar, teríamos a aceitação da mudança no mundo familiar, a interação entre a distração e a ausência de tristeza, o ajustamento familiar, realizando mudanças a este nível e nos seus relacionamentos e seguir em frente com novos papéis familiares (Stroebe & Schut, 2015). Nesta revisão do Modelo, ambos os fatores stressores também têm associados a si a componente de oscilação, tal como no Modelo anterior do Processo Dual (Stroebe & Schut, 2015).

Neste sentido, é importante referir que apesar de existir uma diversidade de modelos explicativos do processo de luto, não existe um único modelo pelo qual as pessoas seguem, mas sim um conjunto de modelos, uma vez que estes se complementam entre si através das suas diferentes fases e etapas. Trata-se também pertinente apontar que todos os modelos apresentados entendem o processo de luto como algo dinâmico/circular, não estando associado portanto a um processo de *continuum*.

O processo de luto, pode ocorrer de forma adaptativa ou então, de forma desadaptativa, sendo que, a definição de luto adaptativo e de luto desadaptativo requer uma revisão de posicionamento tradicional para que se possa estabelecer fases pelas quais o luto deveria passar, paralelamente à ideia de que o luto implica a transformação radical do vínculo com o morto, de maneira a promover o desligamento do mesmo e dar a possibilidade de se envolver em novos vínculos (Bowlby, 1982).

Assim, Franco (2008) define como luto adaptativo, a aceitação da realidade da perda, a confrontação das emoções relacionadas com a perda, a adaptação à vida sem a pessoa, o encontro de formas adequadas para lembrar a pessoa que faleceu e a reconstrução da identidade

e da vida, por parte do indivíduo que experiencie este processo. Arizmendi e O'Connor (2015) acrescentam ainda que este tipo de luto engloba também respostas de *coping* positivas, por parte da pessoa enlutada, um ajustamento à perda de forma saudável, a recordação com carinho da pessoa que faleceu e a habilidade de experienciar e expressar emoções positivas.

Por outro lado, e relativamente ao luto desadaptativo, Tomarken, Holland, Schachter, Vanderwerker, Zuckerman, Nelson, Coups, Ramirez & Prigerson (2008) identificaram num grupo de indivíduos com uma experiência deste tipo de luto alguns sinais identificadores desta mesma condição, sendo eles, a ideação suicida, a depressão, ansiedade, perturbações do sono, aumento da pressão arterial e da frequência do consumo de tabaco, conduzindo a piores condições de qualidade de vida e a uma diminuição considerável na qualidade dos comportamentos relacionados à vida diária, como a produtividade e os cuidados parentais. Em complementaridade, Boerner e Shulz (2009) nomeiam alguns aspetos que podem condicionar o desenvolvimento de um luto desadaptativo, sendo eles a existência de uma grande saudade pela pessoa que faleceu, a ocorrência de sentimentos intrusivos e recorrentes acerca da ausência dessa mesma pessoa, os quais impedem a construção de novas relações interpessoais e a participação em atividades do quotidiano. O sentimento individual contínuo de dor emocional significativa relacionada com a perda e o sentimento de anseio contínuo para com a pessoa falecida, também são fatores que conduzem a este tipo de luto (Arizmendi & O'Connor, 2015).

Relacionado com o luto desadaptativo, pode-se associar a Perturbação de Luto Complicado Persistente (Arizmendi & O'Connor, 2015). Esta perturbação implica que o indivíduo tenha vivenciado a morte de alguém com quem tinha uma relação próxima e é caracterizada pela saudade persistente do falecido, pela mágoa intensa e dor emocional em resposta à morte, pela preocupação com o falecido e com as circunstâncias da morte, pela dificuldade marcada em aceitar a morte, pela experiência de incredulidade ou entorpecimento emocional relativamente à perda, pela dificuldade em lembrar positivamente o falecido, pelo sentimento de amargura ou raiva relacionado com a perda, pelas avaliações desadaptativas sobre a própria pessoa em relação ao falecido ou à morte, pelo evitamento excessivo de lembranças da perda, pelo desejo de morrer de forma a estar com o falecido, pela dificuldade em confiar noutros indivíduos desde a morte, pelo sentimento de solidão ou desligamento dos outros indivíduos desde a morte, pelo sentimento de que a vida não tem significado, ou que é vazia sem o falecido, ou pela crença de que não consegue funcionar sem o falecido, pela confusão acerca do seu próprio papel na vida ou um sentido diminuído da sua própria identidade e pela dificuldade ou relutância em perseguir interesses desde a perda ou em planear o futuro

(Neimeyer & Burke, 2012; APA, 2014; Arizmendi & O'Connor, 2015). Esta perturbação causa mal-estar significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento e a reação ao luto é desproporcional ou inconsciente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade (APA, 2014).

A todos estes tipos de luto, pode-se acrescentar também o luto antecipatório, sendo este, caracterizado pela absorção da realidade da perda de uma forma gradual, ao longo do tempo (Franco, 2008). Nesta fase, a pessoa que poderá sofrer o processo de luto, irá resolver questões pendentes com a pessoa doente como, por exemplo, expressar sentimentos, perdoar e ser perdoado, irá iniciar mudanças de conceção sobre a vida e a sua identidade e irá fazer planos para o futuro de forma a que não seja sentido como traição por parte da pessoa doente (Franco, 2008). Contudo, elaborar um luto antecipatório pode não ser benéfico para todas as pessoas.

Stroebe, Stroebe e Hansson (1993) caracterizaram cinco dimensões associadas ao processo do luto, sendo elas a dimensão intelectual do luto, a dimensão emocional, física, espiritual e social.

A dimensão intelectual do luto, é marcada por confusão, desorganização, falta de concentração, intelectualização, desorientação e negociação (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993).

Relativamente à dimensão emocional, esta é caracterizada a partir de diversos aspetos como o choque, entorpecimento, raiva, culpa, alívio, depressão, irritabilidade, solidão, saudades, descrença, tristeza, negação, ansiedade, confusão e o medo (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993).

A estas duas dimensões (intelectual e emocional) pode-se ainda referir que estas se caracterizam pela natureza e significado únicos relacionados com a perda específica, pelas qualidades individuais da relação que se finda, o papel da morte e outras perdas, pelos fundamentos sociais, culturais, éticos, religiosos e espirituais da pessoa em luto, pela idade do indivíduo enlutado e da pessoa que faleceu, pelas questões não resolvidas entre a pessoa que faleceu e a pessoa em luto, pelas circunstâncias da terminalidade e pela ocorrência de outras perdas (Franco, 2008).

No que concerne à dimensão física, fala-se de alterações que possam existir ao nível do apetite, do peso e do sono, visão turva, inquietação, dispneia, palpitações cardíacas, exaustão,

boca seca, perda do interesse sexual, dor de cabeça, mudanças no funcionamento intestinal e choro, afetando a qualidade de vida no geral (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993; Franco, 2008).

Por sua vez, à dimensão espiritual, estão relacionados os sonhos, impressões, perda ou aumento da fé, raiva de Deus, dor espiritual, questionamento de valores, sentir-se traído por Deus e desapontado com membros da igreja (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993).

Já na dimensão social, insere-se a perda de identidade, isolamento, afastamento, falta de interação, perda de habilidade para se relacionar socialmente, dificuldade de estabelecer e manter relações significativas e a criação de uma nova identidade social (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993; Franco, 2008).

Para além das dimensões do luto que foram mencionadas até ao momento, existem três variáveis que apoiam na adaptação ao luto sendo elas a qualidade da relação conjugal, as circunstâncias da morte e o género (Carr & Utz, 2004; Johnson, Vanderwerker, Bornstein, Zhang & Prigerson, 2006; Hansson & Stroebe, 2007, cit in Silva & Ferreira-Alves, 2012).

Relativamente, à qualidade da relação conjugal constatou-se, a partir da leitura de estudos anteriormente realizados, que a adaptação à viuvez parece apresentar mais dificuldades não só para aqueles com elevados níveis de proximidade e dependência instrumental do cônjuge falecido, mas também para aqueles com baixos níveis de conflitos no casamento (Silva & Ferreira-Alves, 2012; Arizmendi & O'Connor, 2015).

Quando falamos das circunstâncias em que a morte ocorreu, referimo-nos se a morte ocorreu de forma súbita ou se era esperada (Silva & Ferreira-Alves, 2012; Neimeyer & Burke, 2012). Esta variável constitui um stressor cujo impacto pode-se observar no comportamento das pessoas enlutadas (Silva & Ferreira-Alves, 2012). Trata-se de um fator importante, visto que se a morte ocorrer de forma súbita, esta traz mais complicações para os familiares enlutados, do que se a morte ocorrer antecipadamente (Sanders, 1988; Barreto & Soler, 2008; Neimeyer & Burke, 2012).

Já na variável do género, chegou-se à conclusão que, em casais, os homens sofrem mais com a perda das mulheres do que as mulheres com a perda dos homens (Stroebe, 1998; Neimeyer & Burke, 2012).

Neste sentido, os principais fatores de risco e fatores de proteção são então definidos por diversos autores como sendo de ordem biográfica/ demográfica, individual, social, entre outros.

Nos fatores biográficos/ demográficos, pode-se referir a idade, na medida em que as pessoas que passam por uma experiência de luto numa idade precoce são, normalmente, as que sofrem mais (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006); o género, na medida em que as mulheres sofrem mais consequências ao nível da saúde do que os homens, no entanto, quando estes tendem a sofrer ou passar por alguma consequência devido à morte do seu cônjuge, estes têm problemas mais graves, chegando-se à conclusão que os homens sofrem mais a nível psicológico e socioemocional do que as mulheres (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006); e o estatuto socioeconómico, na medida em que as pessoas que atravessam dificuldades económicas têm uma adaptação e ajustamento ao processo de luto, considerada complicada (Sanders, 1988; Barreto & Soler, 2008).

A nível dos fatores individuais, mencionam-se a personalidade, na medida em que indivíduos com elevados índices de depressão e ansiedade, que sejam inseguros, apreensivos, preocupados e com sentimentos excessivos de inferioridade, sofrem mais e mais depressa poderão desenvolver um luto desadaptativo, do que as pessoas que são otimistas, e por isso lidam melhor com este processo (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006; Barreto & Soler, 2008; Houwen, Stroebe, Stroebe, Schut, Bout & Meij, 2010); o estado de saúde antes da morte do familiar, pois se o estado físico ou psicológico do indivíduo estiver comprometido, mais difícil será para lidar com o luto (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006); e a ambivalência e a dependência que tornará o processo de luto mais difícil (Sanders, 1988).

A falta de suporte social trata-se também de um fator de risco, uma vez que o sentimento de solidão e de isolamento trazem mais complicações para lidar com o processo de luto (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006; Barreto & Soler, 2008; Houwen, Stroebe, Stroebe, Schut, Bout & Beij, 2010; Neimeyer & Burke, 2012).

Como principais fatores protetores Barreto e Soler (2008) mencionam o papel das crenças religiosas e o apoio social, na medida em que, pessoas pertencentes a um grupo religioso receberão não só apoio espiritual, como também apoio por parte dos membros desse mesmo grupo. Ao referirem o apoio social, os autores referem-se aos familiares próximos da pessoa enlutada (Barreto & Soler, 2008).

Stroebe, et al. (2006) também referem como principais fatores de risco a religião, o contexto da perda, o papel do *coping* e o papel da regulação emocional.

Como mencionado anteriormente, o processo de luto está inerente à vida das pessoas, no entanto existem circunstâncias da vida onde este processo poderá ser guiado e ultrapassado, a partir do apoio a familiares de pessoas que perderam o seu ente querido (Barreto & Soler, 2008). Muito deste apoio poderá vir dos profissionais que trabalham no contexto dos Cuidados Paliativos (Barreto & Soler, 2008).

Segundo Hermes e Lamarca (2013) os profissionais que trabalham neste contexto, têm o dever de assistir a pessoa doente até aos seus últimos momentos, procurando minimizar, tanto quanto possível, a sua dor, o seu sofrimento e o seu desconforto, oferecendo suporte emocional e espiritual aos respetivos familiares.

Uma vez que o objetivo principal do Serviço de Cuidados Paliativos é alcançar a melhor qualidade de vida possível para os doentes e as suas famílias, surgindo como uma filosofia humanitária de cuidar de pessoas doentes em estado terminal, realizando uma identificação precoce, elaborando uma avaliação correta, aliviando a sua dor e o seu sofrimento, dando apoio psicossocial, otimizando a capacidade funcional e respeitando a autonomia e o papel apropriado de familiares e substitutos legais, o papel do psicólogo é importante neste mesmo contexto tendo como principal objetivo a promoção de hábitos que aumentem a qualidade de vida da pessoa doente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo perante a morte (Organização Mundial da Saúde, 2002; Haley, Larson, Kasl-Godley, Neimeyer & Kwilosz, 2003; Reverte, Gil, Toro, García & Batiste, 2008; Hermes & Lamarca, 2013; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018). Este profissional de saúde pode intervir, após o diagnóstico da doença e do início dos tratamentos, durante a doença avançada e o processo de fim de vida (ajudando no luto antecipatório) e após a morte do doente, realizando a consulta do luto para os familiares enlutados (Haley, et al., 2003).

Após o diagnóstico da doença e do início dos tratamentos da mesma, o psicólogo poderá intervir através do apoio individual para a gestão de sentimentos relativos à doença, esclarecendo o diagnóstico da pessoa, comunicando as suas preferências de tratamento aos seus médicos responsáveis e aos seus familiares, usando respostas de *coping* efetivas e mobilizando suporte social e outros serviços (Haley, et al., 2003; Reverte, et al., 2008).

No que toca à intervenção durante a doença avançada e o processo de fim de vida, a atividade do psicólogo será refletida através do apoio e de intervenções psicossociais para auxiliar no sofrimento antecipado e no ajuste de reações, em possíveis perturbações mentais, em questões existenciais e espirituais, no planeamento de cuidados avançados, na revisão de

vida e em questões não resolvidas que possam surgir como preocupações significativas (Haley, et al., 2003; Reverte, et al., 2008).

Após a morte do doente, e realizando a consulta do luto para os familiares enlutados, este tem como principal objetivo reconhecer o impacto biopsicossocial do luto, estando atento aos sinais de complicações neste mesmo processo e ser capaz de ajudar os familiares enlutados, que estão profundamente angustiados, a adaptarem-se a um mundo em que o seu ente querido está ausente (Haley, et al., 2003; Reverte, et al., 2008).

Nestas circunstâncias de vida é importante a escuta ativa, o acolhimento da pessoa, uma boa comunicação interpessoal (em linguagem verbal ou não-verbal) e a criação de uma relação de confiança, e estas são ferramentas indispensáveis à profissão do psicólogo (Hermes & Lamarca, 2013).

Para acrescentar, este profissional de saúde, estando inserido no contexto dos Cuidados Paliativos, pode ajudar os doentes e as suas respetivas famílias a quebrarem o silêncio e a falarem sobre a doença, fornecendo as informações necessárias ao tratamento, que muitas vezes é negado pela própria família, pois consideram como melhor opção manter o seu familiar doente sem qualquer tipo de informação (Hermes & Lamarca, 2013). Este fenómeno designa-se por *conspiração do silêncio* (e este pode ser benéfico, ou não, dependendo das características individuais de cada pessoa).

Deste modo, o principal objetivo deste estudo é compreender quais são os fatores que contribuem para a adaptação no processo de luto após a perda de um familiar em Cuidados Paliativos.

## II. Método

### *Objetivos do estudo*

Com a realização deste estudo pretende-se compreender quais são os fatores que contribuem para a adaptação no processo de luto após a perda de um familiar em Cuidados Paliativos. São objetivos específicos desta investigação: 1) compreender a percepção do cuidador acerca do impacto que a doença teve no próprio doente e em si próprio, implicações na relação cuidador – doente; 2) perceber o papel da rede de suporte antes e ao longo do processo de doença; 3) explorar qual foi o impacto da perda no cuidador, no seu contexto familiar e rede de suporte; e 4) compreender os fatores de risco/ proteção para os cuidadores ao longo do processo de luto.

Dados os objetivos do nosso estudo, será utilizado o método qualitativo, uma vez que a partir deste conseguimos entender e compreender, de uma forma mais precisa e aprofundada, toda a pessoa num contexto mais subjetivo (Fernandes & Maia, 2001; Bos & Tarnai, 1999; Ritchie & Lewis, 2003).

Neste sentido, a entrevista semiestruturada afigura-se o método de recolha mais ajustado (Ritchie & Lewis, 2003).

### *Amostra*

A amostra utilizada neste estudo é uma amostra de conveniência e intencional.

São critérios de inclusão o facto de cada participante estar a passar por um processo de luto, há pelo menos seis meses, de um familiar próximo após tratamento nos Cuidados Paliativos.

O recrutamento da amostra foi realizado com o apoio do calendário das consultas de luto que são realizadas no Serviço de Cuidados Paliativos. A partir deste acedemos às pessoas que estariam a passar por um processo de luto há pelo menos seis meses, procedendo-se ao contacto telefónico, num momento posterior, onde se explicou o objetivo principal do estudo.

Como se pode observar na *tabela 1*, a amostra é constituída por cinco participantes, quatro do género feminino e um do género masculino, com idades compreendidas entre os 57 e os 70 anos de idade. Relativamente ao estado civil, uma participante é casada, três

participantes são viúvos e uma participante é solteira. Atualmente, três dos participantes estão reformados, uma desempregada e uma a trabalhar. Um participante não tem filhos, outro tem um filho e três têm dois filhos. Três destes participantes está num processo de luto devido ao falecimento do seu cônjuge, um devido ao falecimento do seu companheiro e outro devido ao falecimento da sua mãe. As doenças associadas ao falecimento dos familiares destes participantes também são diversificadas, uma vez que, um dos doentes faleceu devido a acontecimentos múltiplos como quedas, AVC's e pneumonias, outro devido a uma aplasia medular que evoluiu para uma leucemia, outro devido a um tumor frontal galopante, outro devido a um cancro no esófago e outro devido a um hepatocarcinoma. O tempo pelo qual estão a experienciar o processo de luto também é variável, estando compreendido entre 14 meses e cinco anos.

Tabela 1

*Caracterização dos Participantes*

Participante	Género	Idade	Estado Civil	Situação Profissional	Nº de filhos	Parentesco ao doente	Doença do familiar	Tempo Pós-Perda
P1	Feminino	57	Casada	Desempregada	2	Filha	Acontecimentos Múltiplos	19 meses
P2	Masculino	70	Viúvo	Reformado	0	Esposo	Leucemia	2 anos e um mês
P3	Feminino	69	Solteira	Reformada	2	Companheira	Hepatocarcinoma	1 ano e 2 meses
P4	Feminino	57	Viúva	Empregada	2	Esposa	Tumor frontal galopante	4 anos e meio
P5	Feminino	69	Viúva	Reformada	1	Esposa	Cancro no esófago	5 anos

### *Instrumentos*

O guião da entrevista utilizado procura explorar a perceção do cuidador sobre o processo de adoecer: o impacto da dimensão pessoal e relacional do cuidador e do doente, impacto no funcionamento familiar (papéis, rotinas), estratégias para lidar com este processo; e explorar a experiência da perda: impacto da dimensão pessoal e relacional do cuidador, outros acontecimentos de vida, papel do suporte social, estratégias de *coping* e evolução do processo de adaptação (ver Anexo B).

### *Procedimentos de recolha de dados*

Os dados foram recolhidos através da entrevista semiestruturada, agendada no momento e no local que fosse mais conveniente para o participante. Depois de esclarecermos, mais uma vez, o objetivo do estudo, e garantidas as condições de anonimato e confidencialidade dos dados, os participantes assinaram o consentimento informado (ver Anexo C) tendo sido realizada a gravação em áudio de todas as entrevistas.

### *Tratamento e Análise de dados*

O tratamento dos dados orientou-se segundo os princípios da *grounded theory*. Estes têm como principal objetivo gerar teoria que é construída com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). A *grounded theory* preocupa-se em recolher interpretações objetivas, fiéis e válidas, refletindo um esforço de controlar o ponto de vista individual e compreendendo a experiência e construção de significados (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Acrescenta-se ainda que esta Teoria proporciona o desenvolvimento da sensibilidade teórica, de modo a criar abertura para desafiar os próprios pressupostos, aprofundar a experiência e olhar para além da literatura (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001).

Todos os dados foram tratados de forma anónima por forma a assegurar todas as questões éticas e de confidencialidade, procedeu-se à transcrição das entrevistas, e realizou-se uma leitura flutuante das mesmas.

Posteriormente, e a partir do envolvimento dos dois investigadores, desenvolveu-se o processo de codificação, através da criação de categorias (ver Anexos D e E), onde se estabelece as relações de similaridade entre conceitos que parecem associar-se ao mesmo fenómeno (Fernandes & Maia, 2001; Bos & Tarnai, 1999; Elo & Kyngäs, 2007; Graneheim & Lundman, 2003; Saldaña, 2015).

A análise de dados realizou-se com recurso ao software N-VIVO.

### III. Apresentação e discussão dos resultados

A apresentação e discussão dos resultados está organizada considerando os objetivos específicos formulados no nosso estudo, por forma a facilitar a compreensão do leitor. É importante referir que as palavras que se encontram mais salientes reportam-se à denominação das categorias criadas para o tratamento e análise de dados.

- 1) Compreender a perceção do cuidador acerca do impacto que a doença teve no próprio doente e em si próprio, implicações na relação cuidador – doente

A informação recolhida com este objetivo específico demonstra-se útil para compreender se na perceção dos participantes existe influência da vivência da doença do seu familiar e dos cuidados prestados ao mesmo, para o atual processo de luto.

Na perceção dos cuidadores e no período que antecede o surgimento da doença, três participantes caracterizavam o seu ente querido como sendo uma pessoa bastante **ativa** (“*Mas era uma pessoa muito ativa*” – P1) e dois cuidadores caracterizavam-no enquanto uma pessoa **inteligente** (“*E ele era uma pessoa muito... era muito inteligente*” – P5).

Reportando-se a este período, três dos cuidadores caracterizavam-se como pessoas **ativas** (“*Eu, eu era muito dinâmica*” – P5) e apontavam a **realização das tarefas domésticas** (“*fazia o serviço de casa*” – P4) como algo que estava presente na sua **rotina habitual**. Ainda neste mesmo ponto, dois cuidadores tinham presente na sua rotina o **passear** (“*Ao fim-de-semana raramente estávamos em casa, íamos sempre passear*” – P4), **estar em casa** (“*estava em casa*” – P4) e **trabalhar** (“*Ora bem, até... até aos 65 anos eu trabalhava*” – P3).

Neste contexto a relação que tinham com o doente antes do surgimento da doença era descrita por três cuidadores como uma **relação boa** (“*Era tudo bem, tudo bem*” – P5); dois cuidadores caracterizavam-na mesmo com uma relação **próxima** (“*andávamos sempre os dois juntos*” – P3), **protetora** (“*a minha mãe sempre achou... sempre falou comigo a achar que eu tinha 12 anos...*” – P1), de **entreajudada** (“*tudo o precisa-se era... ele estava sempre à disposição*” – P4) e **ótima** ([A relação] “*Ah, era ótima*” – P3).

Quando os cuidadores descrevem o **impacto que a doença teve no seu familiar**, três cuidadores mencionam que, ao nível da **dimensão física**, o seu familiar **deixou de falar** (“*ele deixou de... de falar*” – P4), e dois cuidadores referem que este começou a **diminuir o peso** (“*a doença pôs-lhe muito magrinho*” – P4), a ter **difficultades em respirar** (“*às vezes já lhe faltava o ar, já lhe faltava a respiração*” – P5), apresentava **falta de apetite** (“*não comia nem nada*” – P4), e apresentava **hematomas** (“*ficou toda pisada, toda negra*” – P1) no corpo e apresentando-se **sem forças** (“*começou a perder forças*” – P3).

Tal como referido anteriormente, o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal, pode acarretar perdas para o doente e a sua própria família, sendo que o Serviço de Cuidados Paliativos é o contexto onde tais perdas podem ser mais experienciadas por tais sujeitos, uma vez que são verificadas no doente como na sua própria família alterações ao nível físico, psicológico, social, espiritual e existencial (Organização Mundial de Saúde, 2002; Haley, et al. 2003; Barreto & Soler, 2008; Franco, 2008). Reparámos que antes de receber o seu diagnóstico, a maioria dos doentes era caracterizado pelo seu cuidador como uma pessoa ativa, no entanto com o surgimento da sua doença este ficou mais debilitado e dependente, visto que muitos deles também começaram a perder as suas forças.

Neste período são também assinaladas **alterações na caracterização** que o **cuidador** faz de si próprio, uma vez que quatro participantes reportam sentirem-se **cansados** com a prestação de cuidados (“*Eu só... só me sentia muito cansada...*” – P5), dois cuidadores referem que estavam **sempre ocupados** (“*dava trabalho, estava sempre ocupada*” – P1), caracterizando esses tempos como sendo **muito difíceis** (“*Mas foram cinco anos muito difíceis*” – P2). As suas **rotinas** também se modificaram, visto que três dos participantes passavam grande parte do seu tempo a **preparar refeições** (“*eu de hora a hora tinha de fazer almoço para ele, tinha que ter sempre alguma coisa para comer*” – P5) e a **dar refeições** (“*dar-lhe o pequeno-almoço, levar o pequeno-almoço à cama*” – P1) aos seus familiares doentes.

Segundo Astudillo, Mendinueta e Granja (2008), os familiares, enquanto cuidadores informais do doente, também sofrem algumas alterações, nomeadamente ao nível físico e ao nível psicológico ou emocional, estando muitas vezes associado tais alterações com o facto de experienciar de perto a evolução da doença do seu familiar, bem como com a sua prestação de cuidados. Desta forma, é importante perceber, numa fase inicial, que tipo de apoio é que a pessoa dispõe para cuidar do seu familiar por forma a prevenir o seu desgaste emocional (“*Mas foram cinco anos muito difíceis*” – P2), assim como o *burnout* do cuidador (“*Eu só... só me sentia muito cansada...*” – P5) (Astudillo, Mendinueta & Granja, 2008).

Apesar destes condicionamentos, e quando se **reportam à sua relação com o doente**, dois cuidadores descreveram a sua relação agora como **mais próxima**, sendo que para um participante a **expressão de afeto** por parte do doente era, numa fase inicial, mais clara (“*«Eu gosto muito de vocês»*”, *ela nunca nos disse nada disso*” – P1), tendo posteriormente verificado um certo **afastamento** por parte da doente (“*E depois ela fez, outra coisa... A minha mãe deixou de me falar*” – P1).

Nestes casos, muitas das vezes, é importante começar a realizar um luto antecipatório, uma vez que a partir deste, a pessoa que poderá sofrer o processo de luto, irá resolver questões pendentes com a pessoa doente como, por exemplo, expressar sentimentos e perdoar e ser perdoado (Franco, 2008).

## 2) Perceber o papel da rede de suporte antes e ao longo do processo de doença

A vivência do processo da doença está dependente de muitos fatores, desde logo, a percepção de suporte para lidar com a situação é um dado pertinente para compreendermos o impacto do processo da doença para os cuidadores.

Relativamente á percepção de **suporte social** que o cuidador dispunha **antes do surgimento da doença** do seu familiar, um cuidador refere **ter contacto frequente com a sua família** (“*Os filhos iam... todos os dias falávamos*” – P3).

No período que reporta ao surgimento da doença e sua evolução, os participantes referem que o **suporte social** aumentou, existindo tanto ao **nível formal** como ao **nível informal**. Relativamente ao **nível formal**, quatro cuidadores referem ter tido apoio por parte dos **profissionais de saúde em geral, que reportam como positivo** (“*Mas dos profissionais, não tenho nada a dizer de ninguém... Acho que prestaram um ótimo serviço*” – P2) o mesmo acontecendo com dois cuidadores que mencionam que tiveram apoio por parte dos **médicos responsáveis pelo caso** (“*mas o Doutor R. foi... foi incansável, foi. Foi fantástico!*” – P3). No que toca ao **suporte social de nível informal**, três cuidadores apontam a colaboração da **família em geral** (“*a família telefonava, era só ao telefone... mas... ao telefone é uma coisa e ter a pessoa pessoalmente é outra...*” – P4) e de uma **cunhada** (“*Pronto já, quando chegou aqui, já... já não veio já... teve que vir de carro, foi a minha cunhada que nos trouxe*” – P3); dois cuidadores referem o apoio dos **filhos** (“*Sempre tive o apoio dos meus filhos, iam lá a casa...*”

– P1), dos **amigos** (“*como tinha sempre gente em casa para ficar com ela e para tudo o que precisa-se, ajudavam-lhe a dar banho*” – P2) e de uma **irmã** (“*E a minha irmã se eu telefonasse para ela, uma das minhas irmãs (...) metia-se num táxi e passado dez minutos que ela não mora muito longe de mim, bastava eu ligar, passava ali o dia comigo*” – P4).

Como foi visto, o papel do suporte formal e informal é muito importante, visto que a partir deste para além de se prevenir o desgaste emocional e o *burnout* do cuidador, também se conseguem criar estratégias de adaptação para lidar com os desafios que lhe vão sendo colocados (Astudillo, Mendinueta & Granja, 2008).

Explorados os testemunhos dos participantes que se reportam ao impacto que o surgimento da doença teve na sua vida e na vida do seu familiar, bem como na relação que ambos estabeleciam, concretamente antes e durante o acompanhamento do processo da doença, iremos agora debruçar-nos sobre o impacto da perda no cuidador para aprofundarmos a compreensão do seu processo de luto.

- 3) Explorar qual foi o impacto da perda no cuidador, no seu contexto familiar e rede de suporte

Relativamente à **dimensão psicológica**, e devido ao **impacto da morte do seu familiar**, três cuidadores reportam **alterações na cognição** (“*eu ando muito confusa e às vezes esqueço-me o que é que me perguntaram...*” – P5), **choro** (“*Eu não conseguia ouvir, que eu começava logo a chorar...*” – P5), dificuldade em tomar **consciência da perda** (“*sabe que quando eu caí mesmo na real, porque eu não... não o tinha mais, foi quando ele desceu à terra, entrei no cemitério, quando ele desceu à terra, aí é a dor maior*” – P4), **dificuldades em aceitar a perda** (“*Eu não o vejo mas para mim ele ‘tá emigrado que um dia eu vou voltar a vê-lo*” – P4) e **pensamento constante sobre falecido** (“*Eu andava a pensar na minha mãe de manhã à noite. Sempre, sempre, sempre, sempre, sempre...*” – P1), caracterizando esta fase como **difícil** (“*Quanto mais tempo tem passado, mais difícil tem sido...*” – P3). Dois cuidadores expressaram a **sensação de aflição, sentimentos de arrependimento** (“*mas eu própria estou arrependida de não ter ficado aqui naquela noite com ele*” – P3), **cansaço** (“*Ai, eu ‘tou cansada, cansada, cansada, cansada, psicologicamente ‘tou muito*” – P4), existência de **pensamentos suicidas** (“*cheguei a pensar no suicídio*” – P3), **solidão** (“*‘tou lá assim naquela solidão*” – P4) e **stress**

(“*E fiquei muito... muito stressada, assim muito...*” – P1), caracterizando esta fase como **muito complicada e dolorosa** (“*foi muito doloroso*” – P5).

Em relação à rotina habitual destes cuidadores, esta também sofreu algumas alterações, principalmente ao nível das **atividades de lazer**, uma vez que três dos participantes **não saem de casa** (“*Não saio de casa*” – P4; “*Eu estou... metida dentro de casa*” – P3). Contudo dois cuidadores, começaram a **fazer caminhadas, a ir ao café e às compras**.

De algum modo, e numa fase posterior, os cuidadores referem ainda alterações ao nível das suas **características pessoais**. Ao nível da **dimensão psicológica ou emocional**, dois cuidadores admitem sentirem-se **tristes** (“*é uma tristeza muito grande...*” – P5), **não esboçando qualquer sorriso** (“*nunca mais dei um sorriso*” – P3). Um dos cuidadores reporta **dificuldades económicas** (“*e eu disse-lhe «Oh filho nós estamos sem dinheiro»*” – P5).

No que toca ao luto desadaptativo, existem alguns sinais identificadores desta mesma condição, sendo eles, a ideação suicida, a depressão, ansiedade e a ocorrência pensamentos intrusivos e recorrentes acerca da ausência da pessoa que faleceu (Tomarken et al., 2008; Boerner e Shulz, 2009; Arizmendi & O’Connor, 2015). No entanto ao processo de luto, também estão associados outros aspetos, dos quais, confusão, falta de concentração, sentimento de raiva, culpa, solidão e tristeza, sensação de exaustão, choro e isolamento (Stroebe, Stroebe e Hansson, 1993; Franco, 2008).

No que respeita à **perceção do suporte social**, ao **nível formal**, quatro dos participantes mencionam ter tido apoio **psicológico** ([Apoio psicológico] “*Tive, tive, tive...*” – P1) e dois participantes referem o apoio da **médica de família** (“*tenho a sorte de ter uma médica de família que é excelente*” – P3) e ainda dos **médicos responsáveis pelo caso** (“*Ainda o encontrei aqui há dias e ele disse-me se eu precisar de alguma coisa para eu lhe ligar para vir aqui um dia falar com ele*” – P3). Quanto à **perceção do suporte social informal**, três cuidadores referiram o apoio dos **amigos** (“*converso com as minhas amigas, rio-me, uma ri-se para um lado, a outra, para outro lado, outra para outro lado, uma diz uma anedota, outra diz uma anedota e é uma distração*” – P4), dos **filhos** (“*tenho o mais velho que... que nos leva a mim e à minha mãe a andar... uns passeiozitos de vez em quando para a gente arejar*” – P4) e da **família em geral** (“*Sim, veio toda a gente ter comigo*” – P3). Dois cuidadores mencionaram o apoio dos **netos** (“*só quando ‘tou com os meus netos é que eu sinto mais alegria*” – P4) e de uma **irmã** (“*Eu tive a quase dois meses em casa dessa minha irmã*” – P4).

O suporte social, tem também um papel fundamental após a perda do seu familiar, uma vez que, a falta deste, pode acarretar para a pessoa em luto sentimentos de solidão e de isolamento que, conseqüentemente, trazem mais complicações para lidar com a perda (Sanders, 1988; Stroebe et al., 2006; Barreto & Soler, 2008; Houwen et al., 2010; Neimeyer & Burke, 2012). No entanto, Barreto e Soler (2008), identificam o suporte social como um apoio fundamental para a pessoa enlutada lidar com o seu processo de luto.

- 4) Compreender os fatores de risco/ proteção para os cuidadores ao longo do processo de luto

Neste ponto procuraremos integrar os conteúdos já reportados anteriormente mas enfatizando aquilo que na condução da entrevista era explicitamente mencionado pelos cuidadores como tendo facilitado ou dificultado o seu processo de luto.

No que diz respeito aos **fatores de risco**, e relativamente à **dimensão psicológica ou emocional**, é de enfatizar que dois cuidadores reportam o facto de sentirem um **elevado sentimento de tristeza**. Contudo, ainda nesta dimensão, existe um cuidador que menciona o facto de **estar ativa** e um outro cuidador o facto de se **sentir forte psicológica e emocionalmente**, como algo que está a **ajudar no processo de luto**. No que respeita à **dimensão financeira**, um cuidador menciona, as **dificuldades económicas**, como algo que está a **prejudicar o seu processo de luto**, que á luz da evidência empírica, poder-se-á definir tal aspeto como um **fator de risco**.

Segundo o que a literatura refere, e relativamente ao estatuto socioeconómico, pessoas que atravessam dificuldades financeiras têm uma adaptação e ajustamento ao processo de luto, considerada complicada, bem como pessoas que apresentem elevados índices de depressão, contudo as que se consideram otimistas conseguem lidar melhor com este processo (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006; Barreto & Soler, 2008; Houwen, Stroebe, Stroebe, Schut, Bout & Meij, 2010).

Ao nível do **suporte social**, uma participante reporta **não sentir** qualquer tipo de **apoio** por parte dos **profissionais de saúde em geral**, do seu **filho** e dos seus **vizinhos** (“*Só que eu não queria era que eles fossem maus para mim...*” – P3). Contudo, a mesma sente-se **apoiada** pela sua **cunhada** e pela sua **irmã**. Outra participante, afirma sentir **apoio** por parte da sua

**médica de família**, do **psicólogo**, dos seus **netos**, **filhos**, **mãe**, **irmã** e **amigas**. Outra sente-se **apoiada** por parte dos **médicos** que foram responsáveis pelo caso do seu companheiro, pela sua **médica de família**, pelo **psicólogo**, pelos seus **cunhados** e pelas suas **filhas**. No entanto, também reporta que por vezes, as suas **filhas prejudicam** o seu processo de luto, visto que não compreendem bem a forma como esta se sente em relação à perda. Uma outra participante, revela sentir **apoio** por parte dos **profissionais de saúde em geral**, do **psicólogo**, dos seus **amigos**, **marido**, **família em geral** e **neto** (“*O que me ajudou foi... ter os... os meus amigos e o meu... o meu marido e a minha família, sempre a apoiar-me mas estamos muitas vezes juntos*” – P1). Contudo, também menciona que por vezes a **família em geral** e o seu **marido não a ajudam** devido aos comentários que fazem, em consequência, às suas alterações de comportamento que teve após a perda da sua mãe. O participante do género masculino, testemunha sentir **apoio** por parte do **psicólogo**, de uma **prima**, **amiga**, **sobrinha** e **empregada**. No entanto, menciona que por parte da **família em geral não sente** qualquer tipo de **apoio**.

De facto, a falta de suporte social é entendida como um fator de risco, visto que, como consequência, a pessoa tende a experienciar sentimentos de solidão e de isolamento, que por sua vez, trazem mais complicações para lidar com o processo de luto (Sanders, 1988; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006; Barreto & Soler, 2008; Houwen, Stroebe, Stroebe, Schut, Bout & Beij, 2010; Neimeyer & Burke, 2012). No entanto Barreto e Soler (2008), mencionam o suporte social como um fator protetor, na medida em que as pessoas enlutadas poderão receber apoio por parte das pessoas que lhes são próximas.

Em relação às **circunstâncias da morte** e a forma como se procedeu com a **comunicação da sua notícia**, dois cuidadores mencionam o facto de esta ter sido **inesperada** (“*mas nunca pensei que quando saí daqui às sete horas da tarde, nunca pensei que ele ia morrer, se... se sonhasse uma coisas dessas eu não tinha saído daqui, tinha ficado com ele até ao fim*” – P3) e ser recebida **pelo telefone**, enquanto fator que está a prejudicar o seu processo de luto, uma vez que não estariam à espera que tal acontecesse. No entanto, outros dois participantes exprimiram a importância que foi para eles **assistir à morte** (E estava-o a mudar e ele... olhei para a cara dele e ele revirou os olhos, ficou com os olhos em branco e eu fechei... passei a mão, fechei-lhe logo os olhos comecei a gritar, pronto...” – P4) do seu familiar, apontando tal acontecimento como um **fator que está a ajudar** (“*cuidei mesmo até ao fim porque ele faleceu em casa...*” – P4) no seu processo de luto.

Estes fatores são bastante importantes, uma vez que, e tal como referem investigações anteriores, quando a morte ocorre de forma súbita ou inesperada, esta traz mais complicações

para as pessoas que estão a experienciar um processo de luto, do que se a morte ocorre-se de forma antecipada (Sanders, 1988; Barreto & Soler, 2008; Neimeyer & Burke, 2012).

No que toca ao **impacto da morte no cuidador**, este foi mencionado por dois participantes como um **fator de risco**, nomeadamente ao nível do **sentimento de arrependimento** em relação ao facto de não estar presente no momento da morte do seu familiar (“*mas eu própria estou arrependida de não ter ficado aqui naquela noite com ele*” – P3), sendo que, três cuidadores também referem a **dificuldade** que têm **em aceitar a perda** (“*Agora, hoje, continua... é a dificuldade em lidar com a perda, pronto, não...*” – P3) e os **pensamentos constantes na pessoa falecida** (“*Eu andava a pensar na minha mãe de manhã à noite. Sempre, sempre, sempre, sempre, sempre...*” – P1).

A este nível, estudos anteriores apontaram alguns aspetos que podem conduzir ao desenvolvimento de um luto desadaptativo, nomeadamente a ocorrência de pensamentos intrusivos e recorrentes acerca da ausência da pessoa que faleceu, a dificuldade marcada em aceitar a perda e experienciar incredulidade ou entorpecimento emocional relativamente à mesma (Boerner & Shulz, 2009; Neimeyer & Burke, 2012; APA, 2014; Arizmendi & O’Connor, 2015).

Os **acontecimentos de vida** que ocorreram nos cuidadores após a morte do seu familiar, são também apontados como **fatores de risco**, uma vez que estes se devem ao **aparecimento de doenças na própria pessoa**, noutros **familiares e amigos**, **à morte de outros familiares e amigos**, à vivência de **violência doméstica** e ainda a **situação de desalojamento** no próprio participante.

Por fim, quatro dos participantes, apontam as suas **estratégias de coping** para lidar com o processo de perda como **fatores protetores**. Segundo Arizmendi e O’Connor (2015) as respostas de  *coping* positivas, conduzem a um ajustamento à perda de forma saudável, uma vez que a partir destas a pessoa em luto poderá expressar emoções também positivas. No caso dos nossos participantes, essas estratégias passam, por exemplo, por **conhecer pessoas novas, dançar, dar os pertences do falecido, fazer uma viagem e iniciar um novo relacionamento amoroso**.

#### **IV. Conclusão**

Com a realização deste estudo conclui-se que é muito importante compreender de forma individual uma pessoa que está em processo de luto devido à morte de um familiar ou de um amigo próximo, uma vez que cada um tem estratégias diferentes de sentir, pensar e lidar com a situação. Deste modo, trata-se pertinente apoiar cada pessoa, entendendo-a como um ser único e com vivências heterogêneas, mesmo tendo experienciado fenômenos semelhantes.

No estudo realizado emerge a importância das características pessoais dos cuidadores, a sua história de vida e o envolvimento do suporte social para compreender o processo de luto. Simultaneamente, o modo como o papel do cuidador é vivenciado, a possibilidade de participar em todas as etapas e muito especialmente nas decisões que rodeiam o momento da morte, que traz exigências particulares ao nível da comunicação, parecem ser aspetos de grande relevância para os profissionais de saúde que intervêm neste contexto.

Apesar de se tratar de uma amostra pequena muitos dos resultados obtidos neste estudo foram consensuais com os de investigações anteriormente realizadas.

Para investigações futuras, seria pertinente aprofundar como é que estes cuidadores conseguem lidar com outras adversidades e acontecimentos de vida, após a perda do seu familiar, bem como perceber em que medida é que estes conseguem reconstruir a sua vida, atendendo aos fatores de risco a que são expostos durante o processo de luto.

Por fim, este tipo de estudos permitem aos profissionais de saúde ter um maior conhecimento dos fatores de risco e dos fatores de proteção que estão associados ao processo de luto, possibilitando a um aperfeiçoamento no tipo de intervenção que têm vindo a desenvolver com este tipo de população.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ªEd.). Lisboa: ClimepsiEditores.
2. Aquilanti, T. M., & Leroux, J. (1999). An integrated model of outplacement counseling. *Journal of Employment Counseling*, 36(4), 177-191. DOI: 10.1002/j.2161-1920.1999.tb01020.x
3. Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. F. (2015). What is “normal” in grief?. *Australian Critical Care*, 28(2), 58-62.
4. Astudillo, W., Mendinueta, C., & Granja, P. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología*, 5(2/3), 359-381.
5. Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2/3), 383.
6. Boerner, K., & Shulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereave Care*, 28, 10-13. DOI: 10.1080/02682620903355382
7. Bos, W., & Tarnai, C. (1999). Content analysis in empirical social research. *International journal of educational research*, 31(8), 659-671.
8. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
9. Carr, D., & Utz, R. (2004). Late life widowhood in the United States: New directions in research and theory. *Intimacy in later life*, 19-46.
10. Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.
11. Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
12. Fernandes, E. & Maia, A. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho
13. Franco, M. H. P. (2008). Luto em cuidados paliativos. *Cuidado paliativo*. São Paulo: CREMESP
14. Franco, M. H. P. (2009). Luto como experiência vital. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu.
15. Grainger, R. (1998). *The social symbolism of grief and mourning*. Londres, Jessica Kingsley.

16. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
17. Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(6), 626.
18. Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012
19. Houwen, K. V. D., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. V. D., & Meij, L. W. D. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34(3), 195-220. DOI: 10.1080/07481180903559196
20. Johnson, J. G., Vanderwerker, L. C., Bornstein, R. F., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2006). Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(4), 261-270. DOI: 10.1007/s10862-005-9016-3
21. Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2012). Complicated grief and the end-of-life: Risk factors and treatment considerations. *Counseling clients near the end-of-life*. New York: Springer.
22. Reverte, L., Gil, J. R., Toro, L. B., García, J., & Batiste, X. G. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 15(1), 39-44.
23. Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. London, UK: SAGE Publications.
24. Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
25. Sanders, C. M. (1988). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, 44(3), 97-111. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1988.tb02079.x
26. Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197-224. DOI: 10.1080/074811899201046
27. Silva, M., & Ferreira-Alves, J. (2012). Bereavement in older adults: individual challenge and contextual variables in different models. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595. DOI: 10.1590/S0102-79722012000300019
28. Stroebe, M.S.; Stroebe, W. & Hansson, R.O. (1993). *Handbook of bereavement; theory, research and intervention*. Cambridge, Cambridge University Press.

29. Stroebe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: Exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, *12*(1), 5-12. DOI: 10.1191/026921698668142811
30. Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006) The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & Medicine*, *63*(9), 2440-2451. Doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012
31. Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273-289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b
32. Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(6), 873-879. DOI: 10.1177/1745691615598517
33. Tomarken, A., Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C., Coups, E., Ramirez, P., & Prigerson, H. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, *17*(2), 105-111. DOI: 10.1002/pon.1188
34. Worden, W. J. (2002). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.

# ANEXOS

# **ANEXO A**

## Dados do Participante

### Género

*Feminino*

*Masculino*

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos de idade

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Académicas:** \_\_\_\_\_

**Situação Profissional:** \_\_\_\_\_

**Filhos:** \_\_\_\_\_

**Idade (s):** \_\_\_\_\_

**Grau de parentesco do ente falecido:** \_\_\_\_\_

**Prestador de cuidados principal?**

*Sim*

*Não*

**Doença do falecido:** \_\_\_\_\_

**Tempo decorrido desde a morte:** \_\_\_\_\_

**Agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**COD.:**

# **ANEXO B**

### *Guião de entrevista semiestruturada*

1. Como é que se sentiu em relação à perda do seu familiar? Como é que lidou ou tem lidado com essa situação?
2. Como se descreve enquanto pessoa? De que forma acha que isso ajudou/prejudicou ao lidar com esta situação?
3. Como é que costumava ser a sua rotina habitual?
4. Como é que era a sua vida antes do diagnóstico da doença do seu familiar?
5. Como é que caracterizava a sua relação com o seu familiar?
6. Que tipo de relação é que mantinha com a sua família?
  
7. Que tipo de doença é que o seu familiar tinha? Como é que soube da doença? Como é que lidou com esta notícia? Na altura em que o diagnóstico foi recebido, qual foi o prognóstico dado pelos profissionais de saúde?
8. Após o diagnóstico do seu familiar, que mudanças surgiram na sua vida? Como é que se sentiu com essas mudanças? Como é que lidou com essas mudanças?
9. De que forma é que lidou com a doença do seu familiar (curso da doença... prolongada... de evolução rápida; vivência da prestação de cuidados; acompanhamento do sofrimento/perceção de sofrimento do familiar...)?
10. Durante a doença do seu familiar teve algum tipo de apoio (familiar, amigos, profissional)? Houveram problemas paralelos à doença?
11. Que tipo de relação é que o seu familiar estabeleceu com os profissionais de saúde que o acompanharam? E o/a senhor/senhora, que tipo de relação é que tinha com os profissionais de saúde que acompanharam o caso do seu familiar (hospitalizações, necessidade de cuidados)?
  
12. Quanto tempo de vida é que o seu familiar teve após receber o diagnóstico da sua doença?
13. Gostava que me falasse sobre os últimos dias (sofrimentos, antecipação/surpresa) ... Como foi a sua morte (emocional... onde)? Gostaria que este momento tivesse sido diferente? Em quê? De que forma é que isto está a influenciar o modo como está a lidar com a perda?

14. Como é que se sentiu em relação à perda do seu familiar (impacto a nível pessoal, esfera emocional)? Como é que lidou ou tem lidado com essa situação (estratégias... *coping*... características pessoais)?
15. Após o falecimento do seu familiar como descreve o apoio (familiar, amigos, profissional)?
16. Após a morte do seu familiar, que ajustamentos teve que fazer à sua rotina, que mudanças ocorreram na sua vida? Como é que se sentiu ou ainda sente com essas mudanças? Como é que lidou ou ainda lida com essas mudanças? Como é que foi restabelecendo a sua rotina (papéis familiares, papel profissional...)?
17. Que tipo de relação é que tem, nos dias de hoje, com os profissionais de saúde que acompanharam o caso do seu familiar?

# **ANEXO C**

## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Anabela Santos, aluna da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional do Porto, venho, no âmbito da minha Tese de Mestrado sobre “*O processo de Luto no contexto dos Cuidados Paliativos: fatores de adaptação nos cuidadores informais*”, solicitar a sua colaboração nesta investigação. Este estudo tem como objetivo geral compreender quais são os fatores que contribuem para a adaptação no processo de luto após a perda de um familiar em Cuidados Paliativos.

A sua participação neste estudo será voluntária sendo um contributo essencial para uma melhor compreensão destes fatores e a promoção de um luto mais ajustado nos cuidadores nestas circunstâncias.

Para a realização deste estudo será necessário realizar uma entrevista que será gravada e transcrita para garantir um maior rigor na análise dos dados, contudo a sua identidade nunca será revelada. Caso deseje, poderá receber uma cópia dessa transcrição para aprovar o seu conteúdo. A gravação será destruída decorridos 3 anos após a recolha. A qualquer momento, pode desistir da sua participação. Não está prevista nenhuma forma de remuneração ou gratificação aos participantes no estudo. Não estão previstos quaisquer riscos que possam advir da sua participação, contudo, se por alguma razão desejar ter o apoio da equipa de Cuidados Paliativos, esse apoio estará assegurado.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar o investigador principal:

- Anabela Santos ([anabela.pinho.santos@gmail.com](mailto:anabela.pinho.santos@gmail.com); 912687538)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome), declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

# **ANEXO D**

## Sistema Geral de Categorias

### **1. Antes do Diagnóstico**

#### *1.1. Acontecimentos de Vida do Cuidador*

- 1.1.1. Aborto
- 1.1.2. Deixar de estudar
- 1.1.3. Doença da mãe
- 1.1.4. Doença do pai
- 1.1.5. Emigração
- 1.1.6. Morte do pai
- 1.1.7. Mudança de cidade
- 1.1.8. Período de Guerra

#### *1.2. Acontecimentos de Vida do Doente*

- 1.2.1. Doença do marido
- 1.2.2. Doença do pai
- 1.2.3. Emigração
- 1.2.4. Morte da mãe
- 1.2.5. Morte do marido
- 1.2.6. Morte do pai
- 1.2.7. Período de Guerra
- 1.2.8. Reforma

#### *1.3. Características Pessoais do Cuidador*

- 1.3.1. Dimensão Financeira
  - 1.3.1.1. Não trabalhava
- 1.3.2. Dimensão Física
  - 1.3.2.1. Diabético
  - 1.3.2.2. Hipertenso
  - 1.3.2.3. Problemas Físicos
- 1.3.3. Dimensão Psicológica ou Emocional
  - 1.3.3.1. **Negativo**

1.3.3.1.1. Dificuldade em lidar com perdas

1.3.3.1.2. Explosiva

1.3.3.1.3. Impaciente

1.3.3.1.4. Revolta

**1.3.3.2. Positivo**

1.3.3.2.1. Alegre

1.3.3.2.2. Ativa

1.3.3.2.3. Autónoma

1.3.3.2.4. Bem-disposta

1.3.3.2.5. Conhecer coisas novas

1.3.3.2.6. Corajosa

1.3.3.2.7. Gosta de conviver

1.3.3.2.8. Gosta de sair de casa

1.3.3.2.9. Gostar de ajudar

1.3.3.2.10. Não gosta de criar problemas

*1.4. Características Pessoais do Doente*

1.4.1. Dimensão Familiar

1.4.1.1. Bom marido

1.4.1.2. Bom pai

1.4.2. Dimensão Física

1.4.2.1. Comer bem

1.4.2.2. Doença crónica

1.4.2.3. Passear muito

1.4.3. Dimensão Psicológica ou Emocional

**1.4.3.1. Negativo**

1.4.3.1.1. Antecedentes de depressão

1.4.3.1.2. Complicada

1.4.3.1.3. Culpabilização

1.4.3.1.4. Feitio muito especial

1.4.3.1.5. Impaciente

1.4.3.1.6. Luto complicado

1.4.3.1.7. Possessiva

1.4.3.1.8. Sofredora

1.4.3.1.9. Vício alcoólico

**1.4.3.2. Positivo**

1.4.3.2.1. Animado

1.4.3.2.2. Apreciadora de arte

1.4.3.2.3. Ativa

1.4.3.2.4. Autônoma

1.4.3.2.5. Compreensível

1.4.3.2.6. Conversadora

1.4.3.2.7. Disponível para os outros

1.4.3.2.8. Gosta de conviver

1.4.3.2.9. Gosta de estar em casa

1.4.3.2.10. Inteligente

1.4.3.2.11. Perfeccionista

1.4.3.2.12. Positivo

*1.5. Relação cuidador – doente*

1.5.1. Cumplicidade

1.5.2. Protetora

1.5.3. Relação boa

1.5.4. Relação de entreatajuda

1.5.5. Relação não-próxima

1.5.6. Relação ótima

1.5.7. Relação próxima

*1.6. Rotina*

1.6.1. Atividades de Lazer

1.6.1.1. Dançar

1.6.1.2. Ir à fisioterapia

1.6.1.3. Ir à ginástica

1.6.1.4. Ir à piscina

1.6.1.5. Ir ao café

1.6.1.6. Ir ao futebol

1.6.1.7. Passear

1.6.2. Atividades Domésticas

- 1.6.2.1. Fazer tarefas domésticas
- 1.6.2.2. Preparar as refeições
- 1.6.3. Atividades Laborais
  - 1.6.3.1. Cuidar da mãe
  - 1.6.3.2. Trabalhar
- 1.6.4. Outras Atividades
  - 1.6.4.1. Estar em casa
  - 1.6.4.2. Levantar cedo

### *1.7. Suporte Social*

- 1.7.1. Contacto familiar
  - 1.7.1.1. Frequente
  - 1.7.1.2. Pouco frequente

## **2. Momento do Diagnóstico e Evolução da doença**

### *2.1. Acontecimentos de Vida no Cuidador*

- 2.1.1. Doença do cunhado
- 2.1.2. Doença oncológica
- 2.1.3. Morte do cunhado
- 2.1.4. Reforma

### *2.2. Comunicação da Notícia*

- 2.2.1. Conspiração do silêncio
- 2.2.2. Incongruência
- 2.2.3. Prognóstico
- 2.2.4. Surpresa

### *2.3. Estratégias de Coping*

- 2.3.1. Adaptação à doença
  - 2.3.1.1. Cama articulada
  - 2.3.1.2. Comprar cadeira de rodas
  - 2.3.1.3. Nível da alimentação
  - 2.3.1.4. Nível da roupa

2.3.2. Comprar uma campainha

2.3.3. Comprar uma lambreta

#### *2.4. Impacto na Relação cuidador – doente*

2.4.1. Afastamento

2.4.2. Cuidadora submissa

2.4.3. Expressão de afeto

2.4.4. Maior proximidade

#### *2.5. Impacto no Cuidador*

##### 2.5.1. Dimensão Física

2.5.1.1. Baixo peso

2.5.1.2. Cansaço

2.5.1.3. Falta de apetite

2.5.1.4. Problemas físicos

2.5.1.5. Queda

##### 2.5.2. Dimensão Psicológica ou Emocional

2.5.2.1. Cansaço

2.5.2.2. Complicado

2.5.2.3. Doloroso

2.5.2.4. Dor

2.5.2.5. Impaciente

2.5.2.6. Medo

2.5.2.7. Muito difícil

2.5.2.8. Sempre ocupado

2.5.2.9. Sofrimento

#### *2.6. Impacto no Doente*

##### 2.6.1. Dimensão Física

2.6.1.1. Acamado

2.6.1.2. Autônomo

2.6.1.3. Baixo peso

2.6.1.4. Chagas

2.6.1.5. Coma induzido

- 2.6.1.6. Curvada
- 2.6.1.7. Deitar líquido das pernas
- 2.6.1.8. Deixar de conduzir
- 2.6.1.9. Deixou de falar
- 2.6.1.10. Diarreia constante
- 2.6.1.11. Dificuldade em comer
- 2.6.1.12. Dificuldade em respirar
- 2.6.1.13. Dor crónica
- 2.6.1.14. Dormir muito
- 2.6.1.15. Estado febril
- 2.6.1.16. Falta de apetite
- 2.6.1.17. Incapacidade
- 2.6.1.18. Inchado
- 2.6.1.19. Paralisada
- 2.6.1.20. Pisada
- 2.6.1.21. Sem força
- 2.6.1.22. Sem posição
- 2.6.1.23. Transpirar muito

## 2.6.2. Dimensão Psicológica ou Emocional

- 2.6.2.1. Ativa
- 2.6.2.2. Confusa
- 2.6.2.3. Deprimido
- 2.6.2.4. Descompensada
- 2.6.2.5. Descontrolado
- 2.6.2.6. Desinteresse pela vida
- 2.6.2.7. Parada
- 2.6.2.8. Sofrimento

## 2.7. *Papel do Suporte Social Formal*

### 2.7.1. **Hospital**

#### 2.7.1.1. Quem

- 2.7.1.1.1. Enfermeiras
- 2.7.1.1.2. Médica de família
- 2.7.1.1.3. Médico

- 2.7.1.1.4. Profissionais de saúde em geral
- 2.7.1.1.5. Serviço de Cuidados Paliativos
- 2.7.1.2. Qual forma
  - 2.7.1.2.1. Cuidar
  - 2.7.1.2.2. Ir ao domicílio
  - 2.7.1.2.3. Tratamentos
- 2.7.1.3. Avaliação
  - 2.7.1.3.1. Apoio
  - 2.7.1.3.2. Atitude no cuidado
  - 2.7.1.3.3. Compreensão
  - 2.7.1.3.4. Falta de cuidado
  - 2.7.1.3.5. Fantástico
  - 2.7.1.3.6. Gratidão
  - 2.7.1.3.7. Mais conhecimento
  - 2.7.1.3.8. Não gostou
  - 2.7.1.3.9. Ótimo serviço
- 2.7.2. **Lar**
  - 2.7.2.1. Quem
    - 2.7.2.1.1. Profissionais em geral
  - 2.7.2.2. Qual Forma
    - 2.7.2.2.1. Apoio na higiene
    - 2.7.2.2.2. Ir ao domicílio
  - 2.7.2.3. Avaliação
    - 2.7.2.3.1. Apoio

## 2.8. *Papel do Suporte Social Informal*

- 2.8.1. Quem
  - 2.8.1.1. Amigos
  - 2.8.1.2. Cunhada
  - 2.8.1.3. Família em geral
  - 2.8.1.4. Filhos
  - 2.8.1.5. Irmã
  - 2.8.1.6. Marido
  - 2.8.1.7. Sobrinha

## 2.8.2. Qual Forma

2.8.2.1. Apoio nas tarefas domésticas

2.8.2.2. Apoio no cuidar

2.8.2.3. Companhia

2.8.2.4. Cuidar

2.8.2.5. Telefonemas

2.8.2.6. Tratamentos

## 2.8.3. Avaliação

2.8.3.1. Ajudou

2.8.3.2. Apoio

2.8.3.3. Colaboração

2.8.3.4. Falta de colaboração

## 2.9. *Perceção do Papel de Cuidador*

2.9.1. Fez tudo

2.9.2. Não saber o que fazer

2.9.3. Proporcionou conforto

2.9.4. Respeitou a dignidade do doente

2.9.5. Respeitou a vontade do doente

2.9.6. Seguiu todas as recomendações dos médicos

2.9.7. Vigilante

## 2.10. *Rotina*

### 2.10.1. Atividades de Lazer

2.10.1.1. Comprar o jornal

2.10.1.2. Dançar

2.10.1.3. Ir à fisioterapia

2.10.1.4. Ir à ginástica

2.10.1.5. Ir à piscina

2.10.1.6. Ir ao café

2.10.1.7. Sair de casa

### 2.10.2. Atividades Domésticas

2.10.2.1. Fazer tarefas domésticas

2.10.2.2. Ir às compras

- 2.10.3. Atividades Laborais
  - 2.10.3.1. Trabalhar
- 2.10.4. Atividades relacionadas com o cuidar
  - 2.10.4.1. Cuidar do doente
  - 2.10.4.2. Dar as refeições
  - 2.10.4.3. Estar em casa
  - 2.10.4.4. Preparar as refeições
- 2.10.5. Outras Atividades
  - 2.10.5.1. Levantar cedo

### **3. Após a morte**

#### *3.1. Acontecimentos de Vida no Cuidador*

- 3.1.1. Doença da cunhada
- 3.1.2. Doença de um amigo
- 3.1.3. Doença do filho
- 3.1.4. Doença do irmão
- 3.1.5. Doença oncológica
- 3.1.6. Ficar sem casa
- 3.1.7. Morte da sogra
- 3.1.8. Morte de amigos próximos
- 3.1.9. Morte do cunhado
- 3.1.10. Morte do irmão
- 3.1.11. Mudar de casa
- 3.1.12. Violência doméstica
- 3.1.13. Impacto no Processo de Luto
  - 3.1.13.1. «Mexe muito»
  - 3.1.13.2. Preocupação
  - 3.1.13.3. Solidão

#### *3.2. Características Pessoais do Cuidador*

- 3.2.1. Dimensão Financeira
  - 3.2.1.1. Dificuldades económicas
- 3.2.2. Dimensão Física

3.2.2.1. Baixo peso

3.2.2.2. Falta de apetite

3.2.3. Dimensão Psicológica ou Emocional

3.2.3.1. **Negativo**

3.2.3.1.1. Aborrecida

3.2.3.1.2. Impaciente

3.2.3.1.3. Inútil

3.2.3.1.4. Não ri

3.2.3.1.5. Não sorri

3.2.3.1.6. Triste

3.2.3.2. **Positivo**

3.2.3.2.1. Ativa

3.2.3.2.2. Conhecer coisas novas

3.2.3.2.3. Feliz

3.2.3.2.4. Forte

3.2.3.2.5. Gosta de ajudar

3.2.3.2.6. Gosta de conviver

3.2.3.2.7. Gosta de sair de casa

3.2.3.2.8. Não gosta de criar problemas

3.3. *Circunstâncias da Morte*

3.3.1. Inesperada

3.4. *Comunicação da Notícia*

3.4.1. Assistiu

3.4.2. Telefonema

3.5. *Estratégias de Coping*

3.5.1. Apanhar ar

3.5.2. Conhecer pessoas

3.5.3. Costurar

3.5.4. Dançar

3.5.5. Dar os pertences do falecido

3.5.6. Dar uma volta

- 3.5.7. Fazer uma viagem
- 3.5.8. Inventar tarefas
- 3.5.9. Novo relacionamento amoroso
- 3.5.10. Sair de casa
- 3.5.11. Ver coisas novas
- 3.5.12. Viver um dia de cada vez

### 3.6. *Impacto na Experiência da Perda*

#### 3.6.1. Dimensão Física

- 3.6.1.1. Dor no peito
- 3.6.1.2. Falta de apetite

#### 3.6.2. Dimensão Psicológica ou Emocional

- 3.6.2.1. «Falar» com a pessoa que faleceu
- 3.6.2.2. Aflição
- 3.6.2.3. Alteração da cognição
- 3.6.2.4. Ansiedade
- 3.6.2.5. Apatia
- 3.6.2.6. Arrependimento
- 3.6.2.7. Ataque de pânico
- 3.6.2.8. Calada
- 3.6.2.9. Cansaço
- 3.6.2.10. Choro
- 3.6.2.11. Consciência da perda
- 3.6.2.12. Depressão
- 3.6.2.13. Difícil
- 3.6.2.14. Dificuldade em aceitar a perda
- 3.6.2.15. Dificuldade em ver fotografias recentes do falecido
- 3.6.2.16. Doloroso
- 3.6.2.17. Dor
- 3.6.2.18. Dormir mal
- 3.6.2.19. Evitar recordações
- 3.6.2.20. Falar da pessoa falecida
- 3.6.2.21. Falta de ar
- 3.6.2.22. Incapacidade

- 3.6.2.23. Ir a locais que o falecido gostava
- 3.6.2.24. Muito complicado
- 3.6.2.25. Pensamento constante sobre o falecido
- 3.6.2.26. Pensamentos suicidas
- 3.6.2.27. Revolta
- 3.6.2.28. Sofrimento
- 3.6.2.29. Solidão
- 3.6.2.30. Stress
- 3.6.2.31. Tristeza

### *3.7. Papel do Suporte Social Formal*

#### 3.7.1. Quem

- 3.7.1.1. Médica
- 3.7.1.2. Médica de família
- 3.7.1.3. Profissionais de saúde
- 3.7.1.4. Psicólogo
- 3.7.1.5. Serviço de Cuidados Paliativos

#### 3.7.2. Qual Forma

- 3.7.2.1. Apoio
- 3.7.2.2. Apoio Psicológico
- 3.7.2.3. Conversar
- 3.7.2.4. Telefonema

#### 3.7.3. Avaliação

- 3.7.3.1. Apoio
- 3.7.3.2. Excelente
- 3.7.3.3. Falta de apoio
- 3.7.3.4. Não ajuda em nada

### *3.8. Papel do Suporte Social Informal*

#### 3.8.1. Quem

- 3.8.1.1. Amigos
- 3.8.1.2. Cunhada
- 3.8.1.3. Empregada
- 3.8.1.4. Família em geral

- 3.8.1.5. Filhos
- 3.8.1.6. Irmã
- 3.8.1.7. Mãe
- 3.8.1.8. Marido
- 3.8.1.9. Netos
- 3.8.1.10. Prima
- 3.8.1.11. Sobrinhos
- 3.8.1.12. Vizinhos
- 3.8.2. Qual Forma
  - 3.8.2.1. Apoio
  - 3.8.2.2. Companhia
  - 3.8.2.3. Conflitos
  - 3.8.2.4. Conversa
  - 3.8.2.5. Participação em atividades de lazer
  - 3.8.2.6. Realização das tarefas domésticas
  - 3.8.2.7. Reaver os seus bens
  - 3.8.2.8. Relação amorosa
  - 3.8.2.9. Telefonemas
- 3.8.3. Avaliação
  - 3.8.3.1. «Consome a cabeça»
  - 3.8.3.2. Ajuda
  - 3.8.3.3. Anima
  - 3.8.3.4. Apoio
  - 3.8.3.5. Falta de apoio
  - 3.8.3.6. Incompreensão

### *3.9. Perceção do Papel do Cuidador*

- 3.9.1. Fez tudo

### *3.10. Rotina*

- 3.10.1. Atividades de Lazer
  - 3.10.1.1. Almoçar fora
  - 3.10.1.2. Costurar
  - 3.10.1.3. Estar com amigos

- 3.10.1.4. Fazer caminhadas
- 3.10.1.5. Ir à fisioterapia
- 3.10.1.6. Ir à padaria
- 3.10.1.7. Ir ao café
- 3.10.1.8. Ir ao futebol
- 3.10.1.9. Jantar fora
- 3.10.1.10. Ler o jornal
- 3.10.1.11. Não sair de casa
- 3.10.1.12. Passear a cadela
- 3.10.2. Atividades Domésticas
  - 3.10.2.1. Ir às compras
  - 3.10.2.2. Preparar refeições
  - 3.10.2.3. Realizar tarefas domésticas
- 3.10.3. Atividades Laborais
  - 3.10.3.1. Cuidar da mãe
  - 3.10.3.2. Trabalhar
- 3.10.4. Atividades Religiosas
  - 3.10.4.1. Ir ao terço
- 3.10.5. Outras Atividades
  - 3.10.5.1. Deixar de ir à piscina
  - 3.10.5.2. Ir ao cemitério
  - 3.10.5.3. Levantar cedo

# **ANEXO E**

## Descrição do Sistema Geral de Categorias

<b>1. Antes do Diagnóstico</b>			
<b>1.1. <u>Acontecimentos de Vida do Cuidador</u></b>			
<i>Código</i>	<i>Designação</i>	<i>Número de fontes/ referências</i>	<i>Exemplos dos dados</i>
1.1.1.	Aborto	1/1	<i>“quando me morreu uma bebé e... por isso já sabia... sabia que ‘tava a entrar outra vez naquele caminho que tinha entrado quando ela morreu e eu não queria isso.” (P1)</i>
1.1.2.	Deixar de estudar	1/1	<i>“Arrependo-me de ter deixado de estudar” (P1)</i>
1.1.3.	Doença da mãe	1/1	<i>“Tenho que... Mesmo assim para... para transportar a minha mãe, porque é uma senhora de 82 anos e também já teve três AVC’s e tudo mais...” (P4)</i>
1.1.4.	Doença do pai	1/5	<i>“o meu pai teve dez anos com Alzheimer e...” (P1)</i>
1.1.5.	Emigração	1/2	<i>“E voltou, ficamos até lá até ao 25 de abril, até setembro de 74, foi quando nós viemos embora e depois nós viemos sem</i>

			<i>nada, só as três... o meu pai ficou.” (P1)</i>
1.1.6.	Morte do pai	1/2	<i>“E ela disse «Então não vás que o pai acabou de falecer». Ele parecia que ‘tava à minha espera... depois de me ver... parou a senhora diz que ele... que nós saímos e ela falou com ele, ia-lhe dar o lanche e ele começou a tossir e ela quando foi lá a segunda vez ele... morreu. Em menos de nada... Foi muito complicado isso...” (P1)</i>
1.1.7.	Mudança de cidade	1/2	<i>“Não sou de cá, nunca me consegui adaptar a estar cá e isso ficou sempre aqui” (P1)</i>
1.1.8.	Período de Guerra	1/1	<i>“Rebenta a guerra em Angola em 61, março, eu tinha nascido em 60 em novembro, tinha cinco meses.” (P1)</i>
<b>1.2. <u>Acontecimentos de Vida do Doente</u></b>			
1.2.1.	Doença do marido	1/4	<i>“o meu pai teve dez anos com Alzheimer e...” (P1)</i>
1.2.2.	Doença do pai	1/1	<i>“Fugiram da guerra e quando cá chega o meu</i>

			<i>avô tinha tido um AVC... ”</i> (P1)
1.2.3.	Emigração	1/5	<i>“Ela foi ter com o meu pai seis meses depois... Quem não conhece África não sabe o que é viver no meio do mato.”</i> (P1)
1.2.4.	Morte da mãe	1/3	<i>“saber que a mãe tinha falecido ela nunca mais a viu, não poder vir ao funeral dela...”</i> (P1)
1.2.5.	Morte do marido	1/2	<i>“O meu pai tinha falecido em fevereiro...”</i> (P1)
1.2.6.	Morte do pai	2/4	<i>“E ele ainda mais cedo que aos 14 anos ficou sem o pai... Teve... hum... leucemia...”</i> (P5)
1.2.7.	Período de Guerra	1/1	<i>“Rebenta a guerra em Angola em 61, março, eu tinha nascido em 60 em novembro, tinha cinco meses”</i> (P1)
1.2.8.	Reforma	1/1	<i>“ela já estava aposentada há mais tempo...”</i> (P2)
<b>1.3. <u>Características Pessoais do Cuidador</u></b>			
<i>1.3.1. Dimensão Financeira</i>			
1.3.1.1.	Não trabalhava	1/1	<i>“não trabalhava, porque ele ganhava, ganhava bem”</i> (P4)

<i>1.3.2. Dimensão Física</i>			
1.3.2.1.	Diabético	1/1	<i>“apesar de ser diabética” (P4)</i>
1.3.2.2.	Hipertenso	1/1	<i>“apesar de ser diabética e hipertensa” (P4)</i>
1.3.2.3.	Problemas físicos	1/1	<i>“Tenho problemas de coluna...” (P1)</i>
<i>1.3.3. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
<b>1.3.3.1.Negativo</b>			
1.3.3.1.1.	Dificuldade em lidar com perdas	1/3	<i>“Qualquer perda para mim... O fim de qualquer coisa para mim... Seja do que for mexe sempre... mexia sempre muito comigo...” (P1)</i>
1.3.3.1.2.	Explosiva	1/1	<i>“mas sou assim um bocado explosiva...” (P1)</i>
1.3.3.1.3.	Impaciente	1/1	<i>“Eu não saio a ela a fazer... assim. Não tenho paciência para isso, mas ela era.” (P1)</i>
1.3.3.1.4.	Revolta	1/1	<i>“Uma revolta assim... Que eu sinto aqui.” (P1)</i>
<b>1.3.3.2.Positivo</b>			
1.3.3.2.1.	Alegre	1/1	<i>“Uma pessoa alegre” (P3)</i>
1.3.3.2.2.	Ativa	3/6	<i>“Eu, eu era muito dinâmica” (P5)</i>

1.3.3.2.3.	Autónoma	1/1	<i>“Lá em casa não gosto de pedir para me fazerem nada” (P1)</i>
1.3.3.2.4.	Bem-disposta	1/1	<i>“bem-disposta” (P3)</i>
1.3.3.2.5.	Conhecer coisas novas	1/1	<i>“Sempre foi assim de... de conhecer coisas novas e de experimentar coisas novas e o que não sabe aprende” (P1)</i>
1.3.3.2.6.	Corajosa	1/1	<i>“eu era mais corajosa” (P5)</i>
1.3.3.2.7.	Gosta de conviver	1/2	<i>“gosto de... conviver” (P2)</i>
1.3.3.2.8.	Gosta de sair de casa	1/1	<i>“também não sou de ficar em casa...” (P2)</i>
1.3.3.2.9.	Gosta de ajudar	1/1	<i>“Eu sou uma pessoa que gosta de... gosto de ajudar” (P2)</i>
1.3.3.2.10.	Não gosta de criar problemas	1/1	<i>“E... não gosto de... de criar problemas...” (P2)</i>
<b>1.4. Características Pessoais do Doente</b>			
<i>1.4.1. Dimensão Familiar</i>			
1.4.1.1.	Bom marido	1/2	<i>“Era um bom marido” (P4)</i>
1.4.1.2.	Bom pai	1/2	<i>“era um bom pai” (P4)</i>
<i>1.4.2. Dimensão Física</i>			
1.4.2.1.	Comer bem	1/1	<i>“Era assim, uma pessoa que... a minha mãe sempre foi pessoa de comer... bem,</i>

			<i>comia sopa todos os dias ao almoço e ao jantar, mesmo quando nós estávamos em casa era assim que funcionava, não comia sem comer pão...” (P1)</i>
1.4.2.2.	Doença Crónica	1/1	<i>“tinha tido tuberculose quando tinha 19 anos e essas marcas ficaram sempre no pulmão” (P1)</i>
1.4.2.3.	Passear muito	1/1	<i>“Os meus pais passearam muito depois de estarem reformados os dois” (P1)</i>
<i>1.4.3. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
<b>1.4.3.1.Negativo</b>			
1.4.3.1.1.	Antecedentes de depressão	1/1	<i>“Porque já tinha... há muitos anos o... uma depressão muito grande” (P1)</i>
1.4.3.1.2.	Complicada	1/1	<i>“A minha era uma pessoa muito... muito complicada” (P1)</i>
1.4.3.1.3.	Culpabilização	1/1	<i>“a minha mãe nunca aceitou... nunca aceitou ter que pôr o meu pai no lar... nunca... ela morreu com aquilo entalado ela dizia que o meu pai... «O teu pai morreu com uma</i>

			<i>raiva de mim» e eu disse «oh mãe, mas porquê?», «Porque eu pus no lar o teu pai e ele não queria»” (P1)</i>
1.4.3.1.4.	Feitio muito especial	1/1	<i>“A minha mãe tinha um feitio muito especial.” (P1)</i>
1.4.3.1.5.	Impaciente	1/1	<i>“Não tinha paciência para ensinar mas...” (P1)</i>
1.4.3.1.6.	Luto complicado	1/1	<i>“problema é que a minha mãe, depois do meu pai falecer, meteu na cabeça «Não estou cá a fazer nada, eu quero ir para o pé dele, eu quero ir para o pé dele, e não estou cá a fazer nada e não faço falta a ninguém, eu só estou a dar trabalho»” (P1)</i>
1.4.3.1.7.	Possessiva	1/1	<i>“E ela nunca aceitou, mas sempre foi uma pessoa muito possessiva, “eu faço, eu digo e o que eu digo é assim”. (P1)</i>
1.4.3.1.8.	Sofredora	1/3	<i>“A vida deu-lhe razões para isso... a vida deu-lhe muitos pontapés...” (P1)</i>

1.4.3.1.9.	Vício alcoólico	1/8	<i>“Só sabia que andava sempre atrás dele a dizer que ele não podia beber...” (P5)</i>
<b>1.4.3.2. Positivo</b>			
1.4.3.2.1.	Animado	1/1	<i>“sempre animado” (P3)</i>
1.4.3.2.2.	Apreciadora de arte	1/1	<i>“ela sempre gostou muito de... ir ver espetáculos de ir ver teatro.” (P1)</i>
1.4.3.2.3.	Ativa	3/3	<i>“Mas era uma pessoa muito ativa, ela não se deixava ir abaixo, mesmo...” (P1)</i>
1.4.3.2.4.	Autónoma	1/1	<i>“a minha mãe nunca gostou de chatear ninguém de dar trabalho a ninguém e aquilo estava a dar cabo dela.” (P1)</i>
1.4.3.2.5.	Compreensível	1/1	<i>“Era... era um marido compreensível” (P4)</i>
1.4.3.2.6.	Conversadora	1/1	<i>“A minha mãe gostava muito de conversar.” (P1)</i>
1.4.3.2.7.	Disponível para os outros	1/1	<i>“até porque ela era... a pessoa que quando alguém tinha alguma coisa era a primeira a aparecer e... e a estar disponível e a fazer muitos sacrifícios por causa de... da família.” (P2)</i>

1.4.3.2.8.	Gosta de conviver	1/1	<i>“Gostava de... de juntar as pessoas, de com... de conviver, de... fazer... juntar a família, de fazer jantares e tal” (P2)</i>
1.4.3.2.9.	Gosta de estar em casa	1/1	<i>“ela ficava mais por dentro, ela era uma pessoa muito ligada à casa” (P2)</i>
1.4.3.2.10.	Inteligente	2/2	<i>“E ele era uma pessoa muito... era muito inteligente” (P5)</i>
1.4.3.2.11.	Perfeccionista	1/1	<i>“era muito perfeita a fazer fosse o que fosse” (P1)</i>
1.4.3.2.12.	Positivo	1/1	<i>“ele aliás era uma pessoa extremamente positiva e aquilo foi assim...” (P3)</i>
<b>1.5. <u>Relação cuidador – doente</u></b>			
1.5.1.	Cumplicidade	1/1	<i>“E eu quando tinha qualquer coisa... eu já sabia... se lhe dissesse... eu já sabia o que é que ela me ia dizer.” (P1)</i>
1.5.2.	Protetora	2/3	<i>“preocupava-se muito consigo” (P4)</i>
1.5.3.	Relação boa	3/4	<i>“Era tudo bem, tudo bem” (P5)</i>
1.5.4.	Relação de entreaajuda	2/2	<i>“tudo o que precisa-se era... ele estava sempre à disposição” (P4)</i>

1.5.5.	Relação não-próxima	1/1	<i>“É, eu e a minha mãe nunca fomos... muito próximas... no sentido de conversarmos muito, nunca fomos”</i> (P1)
1.5.6.	Relação ótima	2/2	[A relação] <i>“Ah, era ótima!”</i> (P3)
1.5.7.	Relação próxima	2/8	<i>“andávamos sempre os dois juntos”</i> (P3)
<b>1.6. Rotina</b>			
<i>1.6.1. Atividades de Lazer</i>			
1.6.1.1.	Dançar	1/3	<i>“Eu já em tempos quando... De vez em quando vinha dançar que já estou habituado...”</i> (P2)
1.6.1.2.	Ir à fisioterapia	1/1	<i>“eu andei na fisioterapia”</i> (P1)
1.6.1.3.	Ir à ginástica	1/1	<i>“eu ia para a ginástica”</i> (P1)
1.6.1.4.	Ir à piscina	1/1	<i>“eu ia para a piscina”</i> (P1)
1.6.1.5.	Ir ao café	1/1	<i>“íamos beber um... um cafezinho assim de verão e... e... era... era uma vida boa...”</i> (P4)
1.6.1.6.	Ir ao futebol	1/2	<i>“A única coisa que eu gostava e ela não gostava era de ir ao futebol e... e eu ia ao futebol muitas vezes”</i> (P2)

1.6.1.7.	Passear	2/5	“Ao fim-de-semana raramente estávamos em casa, íamos sempre passear.” (P4)
<i>1.6.2. Atividades Domésticas</i>			
1.6.2.1.	Fazer tarefas domésticas	3/6	“fazia as minhas coisas de casa...” (P1)
1.6.2.2.	Preparar as refeições	1/1	“fazia o almoço” (P4)
<i>1.6.3. Atividades Laborais</i>			
1.6.3.1.	Cuidar da mãe	1/1	“olhava pela minha mãe” (P4)
1.6.3.2.	Trabalhar	2/3	“Ora bem, até... até aos 65 anos eu trabalhava” (P3)
<i>1.6.4. Outras Atividades</i>			
1.6.4.1.	Estar em casa	2/2	“estava em casa” (P4)
1.6.4.2.	Levantar cedo	1/1	“Eu levantava-me... Eu levanto-me cedo... Levanto-me sempre cedo... Eu levantava-me cedo” (P1)
<b>1.7. Suporte Social</b>			
<i>1.7.1. Contacto familiar</i>			
1.7.1.1.	Frequente	1/6	“Os filhos iam... todos os dias falávamos” (P3)
1.7.1.2.	Pouco frequente	1/1	“porque ele também tinha dois, mas os dois dele não eram tão chegados a nós...” (P3)

<b>2. Momento do Diagnóstico e Evolução da doença</b>			
<u>2.1. Acontecimentos de Vida no Cuidador</u>			
2.1.1.	Doença do cunhado	1/1	<i>“houve um cunhado meu, que passado uns tempos da minha esposa ter estado cá internada a primeira vez, foi... teve também um... uma aplasia medular” (P2)</i>
2.1.2.	Doença oncológica	1/10	<i>“Foi um cancro nos intestinos.” (P5)</i>
2.1.3.	Morte do cunhado	1/1	<i>“E ele também andava cá e... e era e tinha filhos e tinha esposa e tinha filhos e... mas houve uma complicação qualquer e ele acabou por falecer mais cedo do que ela um pedaço.” (P2)</i>
2.1.4.	Reforma	1/1	<i>“mas eu também, quando surgiu, quando surgiu a doença eu também nessa altura mais ou menos eu também fiquei aposentado” (P2)</i>
<u>2.2. Comunicação da Notícia</u>			
2.2.1.	Conspiração do silêncio	1/6	<i>“E foi que me contou, e disse “Sabe o problema que o seu marido tem?” E eu disse que não, que nunca nenhum médico me</i>

			<i>disse, porque ele proibiu os médicos de me dizer.” (P4)</i>
2.2.2.	Incongruência	1/3	<i>“É assim, eu... Eu, como dissemos à bocado a minha mãe não tinha uma doença...” (P1)</i>
2.2.3.	Prognóstico	2/3	<i>“até disse que... que mais tempo de vida que ele tinha, pr’ái ano e meio, e ele só durou meio ano e... e prontes... e para mim foi um balde de água gelada que me caiu por cima da minha cabeça e eu fiquei ali...” (P4)</i>
2.2.4.	Surpresa	1/2	<i>“Na altura o Doutor disse-me logo que já nada restava... Fiquei ali...” (P2)</i>
<b>2.3. <u>Estratégias de Coping</u></b>			
<b>2.3.1. Adaptação à doença</b>			
2.3.1.1.	Cama articulada	1/1	<i>“Muito embora depois as... as coisas... arranjaram-lhe a cama articulada para a casa, já... mas... resolveu-se a ir... resolveu-se de outra forma...” (P2)</i>
2.3.1.2.	Comprar cadeira de rodas	2/4	<i>“Ainda lhe comprei uma cadeira de rodas para a</i>

			<i>trazer para a rua, quando começava a melhorar o tempo, ela não se sentava direita na cadeira.” (P1)</i>
2.3.1.3.	Nível da alimentação	2/5	<i>“Ele já não bebei, mas eu tinha uma seringa e enfiava-lhe a seringa e metia-lhe na boca, ele podia ter sede e bebia, ‘tava sempre a beber, ‘tava sempre” (P4)</i>
2.3.1.4.	Nível da roupa	1/1	<i>“Eu rasguei-lhe... eu abri-lhe as camisas de dormir todas atrás de cima a baixo, para não ter de estar, quando era preciso mudá-la, a levantá-la porque eu sei... eu não podia tocá-la que ela queixava-se cortei as todas na costura por ali a baixo e era só... punha assim por baixo das costas dela... depois foi no verão quando ela piorou mais... para ela estar ali sempre fresca, transpirava muito, tirava aquela e punha-lhe outra por cima” (P1)</i>
2.3.2.	Comprar uma campainha	1/2	<i>“Eu comprei uma... uma campainha, assim um...” (P1)</i>

2.3.3.	Comprar uma lambreta	1/1	<i>“eu comprei uma lambreta, aliás foi a minha mãe que me deu, para não demorar tanto a ir fazer qualquer coisa para a minha mãe não estar mais... muito tempo sozinha...” (P1)</i>
<b>2.4. <u>Impacto na Relação Cuidador – Doente</u></b>			
2.4.1.	Afastamento	1/1	<i>“E depois ela fez outra coisa... A minha mãe deixou de me falar...” (P1)</i>
2.4.2.	Cuidadora submissa	1/2	<i>“Ela diz que eu sempre tive medo da minha mãe...” (P1)</i>
2.4.3.	Expressão de afeto	1/2	<i>“«Eu gosto muito de vocês» ela nunca nos disse nada disso.” (P1)</i>
2.4.4.	Maior proximidade	2/6	<i>“ela estava comigo” (P1)</i>
<b>2.5. <u>Impacto no cuidador</u></b>			
<b>2.5.1. <i>Dimensão Física</i></b>			
2.5.1.1.	Baixo peso	1/1	<i>“Tava magrinha” (P4)</i>
2.5.1.2.	Cansaço	2/4	<i>“fisicamente sentia-me cansada” (P4)</i>
2.5.1.3.	Falta de apetite	1/2	<i>“não comia” (P4)</i>
2.5.1.4.	Problemas Físicos	1/1	<i>“Tenho problemas de coluna... Que também pioraram por causa de...”</i>

			<i>Eu pegar nela muitas vezes...” (P1)</i>
2.5.1.5.	Queda	1/2	<i>“deu um trambolhão pelas escadas abaixo que me levou a ela a mim de rastos com ela” (P1)</i>
<i>2.5.2. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
2.5.2.1.	Cansaço	4/6	<i>“Eu só... só me sentia muito cansada...” (P5)</i>
2.5.2.2.	Complicado	1/1	<i>“Foi muito complicado para mim” (P5)</i>
2.5.2.3.	Doloroso	1/1	<i>“Foi tudo muito... muito doloroso vê-la assim... muito muito.” (P1)</i>
2.5.2.4.	Dor	1/1	<i>“aquilo doía-me muito...” (P1)</i>
2.5.2.5.	Impaciente	1/1	<i>“Mas se eu tiver que ir a algum lado e tiver que estar à espera, começo a ficar ansiosa e tenho que me vir embora... tenho que vir embora... tenho que me vir embora... porque tinha que ir por causa dela...” (P1)</i>
2.5.2.6.	Medo	1/3	<i>“Eu tinha medo de... de me levantar e encontrar a minha mãe morta...” (P1)</i>

2.5.2.7.	Muito difícil	2/2	<i>“Mas foram cinco anos muito difíceis” (P2)</i>
2.5.2.8.	Sempre ocupado	2/6	<i>“dava trabalho, estava sempre ocupada” (P1)</i>
2.5.2.9.	Sufrimento	1/2	<i>“o meu marido o sofrimento ainda maior foi o cuidar dele...” (P4)</i>
<u>2.6. Impacto no doente</u>			
<i>2.6.1. Dimensão Física</i>			
2.6.1.1.	Acamado	1/1	<i>“mas depois acabou, teve pr’á três meses na cama que... que nem tão pouco o talher pegava, já não tinha... não tinha ação nas mãos nem nas pernas, não se levantava para nada...” (P4)</i>
2.6.1.2.	Autónomo	1/3	<i>“Era perfeitamente autónomo” (P3)</i>
2.6.1.3.	Baixo peso	2/8	<i>“desistiram porque ela não podia tomar uma dose maior, não tinha peso que suportasse...” (P1)</i>
2.6.1.4.	Chagas	1/1	<i>“Para não abrir chagas nos pés. Mas não valia a pena, os ossos estavam muito... muito rentinhos à pele, abriu ferida...” (P1)</i>

2.6.1.5.	Coma induzido	1/2	<i>“Puseram-lhe me soro, em... em... em coma induzido” (P5)</i>
2.6.1.6.	Curvada	1/4	<i>“Começou a ficar cada vez mais curvada” (P1)</i>
2.6.1.7.	Deitar líquido das pernas	1/4	<i>“depois começou a deitar muito líquido pelas pernas” (P3)</i>
2.6.1.8.	Deixar de conduzir	1/1	<i>“ele já não conduzia” (P4)</i>
2.6.1.9.	Deixou de falar	3/13	<i>“ele deixou de... de falar...” (P4)</i>
2.6.1.10.	Diarreia constante	1/2	<i>“tinha muitas diarreias” (P3)</i>
2.6.1.11.	Dificuldade em comer	1/1	<i>“depois já não conseguia mastigar bem” (P4)</i>
2.6.1.12.	Dificuldade em respirar	2/3	<i>“às vezes já lhe faltava o ar, já lhe faltava a respiração, e... e...” (P5)</i>
2.6.1.13.	Dor crónica	1/2	<i>“Ela tinha uma dor crónica na coluna” (P1)</i>
2.6.1.14.	Dormir muito	1/1	<i>“estava sempre a dormir e ele” (P4)</i>
2.6.1.15.	Estado febril	1/1	<i>“fez febre” (P3)</i>
2.6.1.16.	Falta de apetite	2/6	<i>“não comia nem nada” (P4)</i>
2.6.1.17.	Incapacidade	1/5	<i>“nunca mais andou.” (P1)</i>
2.6.1.18.	Inchado	1/1	<i>“começou a ficar muito inchado” (P3)</i>

2.6.1.19.	Paralisada	1/1	<i>“que ela ficou paralisada.” (P1)</i>
2.6.1.20.	Pisada	2/3	<i>“Ela começou... começou a aparecer-lhe umas manchas negras no corpo...” (P2)</i>
2.6.1.21.	Sem força	2/4	<i>“começou a perder forças” (P3)</i>
2.6.1.22.	Sem posição	1/1	<i>“não conseguia estar sentada, não podia estar sentada muito tempo, não podia estar deitada muito tempo e era assim...” (P1)</i>
2.6.1.23.	Transpirar muito	1/4	<i>“ele transpirava muito, estava sempre a mudar de roupa...” (P4)</i>
<i>2.6.2. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
2.6.2.1.	Ativa	1/1	<i>“a minha mãe não parava, ela no início quando veio para aqui, o primeiro ano ela não estava... não esteve quieta. Ela fazia... Ela passava a ferro, ela ainda fazia...” (P1)</i>
2.6.2.2.	Confusa	1/1	<i>“muito baralhada, muito confusa” (P1)</i>
2.6.2.3.	Deprimido	2/5	<i>“sempre muito em baixo” (P3)</i>
2.6.2.4.	Descompensada	1/2	<i>“descompensada, despiase toda, a minha mãe tinha,</i>

			<i>era costureira, descosia tudo quanto apanhasse... os lençóis as ba... os lençóis até que tinha sido ela a fazer...” (P1)</i>
2.6.2.5.	Descontrolado	1/1	<i>“estava assim meio descontrolado” (P4)</i>
2.6.2.6.	Desinteresse pela vida	1/1	<i>“E é assim... desistiu por completo, não queria.” (P1)</i>
2.6.2.7.	Parada	1/2	<i>“parada” (P1)</i>
2.6.2.8.	Sufrimento	1/4	<i>“E depois só queria que a minha mãe não sofresse mais, que não havia mais por onde ela podia sofrer.” (P1)</i>
<b>2.7. <u>Papel do Suporte Social Formal</u></b>			
<i>2.7.1. Hospital</i>			
<b>2.7.1.1. Quem</b>			
2.7.1.1.1.	Enfermeiras	1/1	<i>“As enfermeiras também, andavam sempre lá a ver como ele ‘tava, as enfermeiras do centro de saúde...” (P4)</i>
2.7.1.1.2.	Médica de família	1/3	<i>“‘Tava sempre lá metida a, a ver como ele ‘tava, ela nesse aspeto foi muito boa” (P4)</i>

2.7.1.1.3.	Médico	2/11	<i>“vamos outra vez ao médico, e ele foi, e ele viu e ele disse que não tinha nada” (P5)</i>
2.7.1.1.4.	Profissionais de saúde em geral	4/6	<i>“Mas dos profissionais, não tenho nada a dizer de ninguém... Acho que prestaram um ótimo serviço.” (P2)</i>
2.7.1.1.5.	Serviço de Cuidados Paliativos	1/2	<i>“Agora dos Cuidados Paliativos não tenho como agradecer a maneira como a trataram” (P1)</i>
<b>2.7.1.2. Qual forma</b>			
2.7.1.2.1.	Cuidar	1/3	<i>“sabem melhor pegar nela e virá-la de um lado para o outro do que eu” (P1)</i>
2.7.1.2.2.	Ir ao domicílio	2/4	<i>“Sim, de profissionais de saúde, sim, iam lá hum... a médica de família...” (P4)</i>
2.7.1.2.3.	Tratamentos	2/8	<i>“precisavam de uma agulha de um tamanho que não tinham, tiveram que fazer com outro, porque havia falta de material no hospital” (P3)</i>
<b>2.7.1.3. Avaliação</b>			
2.7.1.3.1.	Apoio	3/5	<i>“que eu telefonava porque ele estava com febre, ela aparecia logo, sem pressa</i>

			<i>nenhuma, estava lá comigo, conversava com ele” (P3)</i>
2.7.1.3.2.	Atitude no cuidado	1/1	<i>“E sempre tive daqui, dos Cuidados Paliativos, eu tive, já tive, já vem cá muitas vezes para lhes agradecer o que fizeram pela minha mãe e o médico lá em cima chegou-me a dizer que “Nós não fizemos mais pela sua mãe, não fizemos nada pela sua mãe, porque a sua mãe não deixou”. Mas a maneira como eles tratam as pessoas, isso conta muito.” (P1)</i>
2.7.1.3.3.	Compreensão	1/1	<i>“andava sempre a dizer à Doutora que não podia... tinha muitas diarreias, que aquilo lhe provocava imensas diarreias, tanto que ela reduziu-lhe a dose para metade.” (P3)</i>
2.7.1.3.4.	Falta de cuidado	2/8	<i>“Cheguei aqui, fomos ao, ao otorrino que também não tinha nada, não tinha nada, não tinha nada, não lhe receitou nada, não.” (P5)</i>

2.7.1.3.5.	Fantástico	1/2	<i>“Foi, o Doutor R. é fantástico!” (P3)</i>
2.7.1.3.6.	Gratidão	1/3	<i>“Não tenho mais por onde agradecer” (P1)</i>
2.7.1.3.7.	Mais conhecimento	1/1	<i>“sabem melhor pegar nela e virá-la de um lado para o outro do que eu” (P1)</i>
2.7.1.3.8.	Não gostou	1/1	<i>“quando ele ficou internado nas urgências eu não gostei” (P5)</i>
2.7.1.3.9.	Ótimo serviço	1/1	<i>“Mas dos profissionais, não tenho nada a dizer de ninguém... Acho que prestaram um ótimo serviço.” (P2)</i>
<b>2.7.2. Lar</b>			
<b>2.7.2.1. Quem</b>			
2.7.2.1.1.	Profissionais em geral	1/2	<i>“e eles iam lá, davam banho duas vezes por semana e nos outros dias lavavam assim, mudavam a cama, só que nessa altura ela estava muito...” (P1)</i>
<b>2.7.2.2. Qual Forma</b>			
2.7.2.2.1.	Apoio na higiene	1/2	<i>“Então fui ao lar da Santa Casa da Misericórdia lá pertinho da minha casa e eles fazem domicílios, eles</i>

			<i>iam todos os dias fazer-lhe a higiene.” (P1)</i>
2.7.2.2.2.	Ir ao domicílio	1/2	<i>“e eles iam lá, davam banho duas vezes por semana e nos outros dias lavavam assim, mudavam a cama, só que nessa altura ela estava muito...” (P1)</i>
<b>2.7.2.3.Avaliação</b>			
2.7.2.3.1.	Apoio	1/2	<i>“Então fui ao lar da Santa Casa da Misericórdia lá pertinho da minha casa e eles fazem domicílios, eles iam todos os dias fazer-lhe a higiene.” (P1)</i>
<b>2.8.Papel do Suporte Social Informal</b>			
<b>2.8.1. Quem</b>			
2.8.1.1.	Amigos	2/3	<i>“eles muitas vezes ia lá para casa conversar com ela.” (P1)</i>
2.8.1.2.	Cunhada	3/4	<i>“a minha cunhada que viesse comigo e eles vieram” (P5)</i>
2.8.1.3.	Família em geral	3/4	<i>“a família telefonava, era só ao telefone... mas... ao telefone é uma coisa e ter a pessoa pessoalmente é outra...” (P4)</i>

2.8.1.4.	Filhos	2/5	<i>“Sempre tive o apoio dos meus filhos, iam lá a casa...” (P1)</i>
2.8.1.5.	Irmã	2/3	<i>“E a minha irmã se eu telefonasse para ela, uma das minhas irmãs, ahm... também é bastante doente, coitadita... mas se eu telefonasse para ela... a B, “Oh B”, a gente chama-lhe só B “Oh B, ele está a ficar pior...” ela metia-se num táxi” (P4)</i>
2.8.1.6.	Marido	1/1	<i>“É assim tive sempre o apoio do meu marido, ele vinha comigo trazê-la, ele vinha buscá-la a... quantas vezes era para ela que pegávamos... que tomávamos ela, era ele que pegava nela quando ela caía pois...” (P1)</i>
2.8.1.7.	Sobrinha	1/1	<i>“Que ela como estava aqui no hospital e que ajudou-me muito aqui no hospital...” (P2)</i>
<b>2.8.2. Qual Forma</b>			
2.8.2.1.	Apoio nas tarefas domésticas	2/3	<i>“ela levava e tratava-me da roupa, porque eu... eu tenho a máquina de secar e tudo, mas ela não queria,</i>

			<i>eu tinha lá a roupa não era capaz...” (P4)</i>
2.8.2.2.	Apoio no cuidar	4/4	<i>“Pronto já, quando chegou aqui, já... já não veio já... teve que vir de carro, foi a minha cunhada que nos trouxe” (P3)</i>
2.8.2.3.	Companhia	3/6	<i>“apoio de família em termos de convivência e aliás as filhas, as minhas filhas iam lá a casa todos os fins-de-semana” (P3)</i>
2.8.2.4.	Cuidar	1/1	<i>“como tinha sempre gente em casa para ficar com ela e para tudo o que precisasse, ajudavam-lhe a dar banho porque...” (P2)</i>
2.8.2.5.	Telefonemas	2/3	<i>“a família telefonava, era só ao telefone... mas... ao telefone é uma coisa e ter a pessoa pessoalmente é outra...” (P4)</i>
2.8.2.6.	Tratamentos	2/2	<i>“Que ela como estava aqui no hospital e que ajudou-me muito aqui no hospital...” (P2)</i>
<i>2.8.3. Avaliação</i>			
2.8.3.1.	Ajudou	1/1	<i>“Que ela como estava aqui no hospital e que ajudou-</i>

			<i>me muito aqui no hospital...” (P2)</i>
2.8.3.2.	Apoio	5/13	<i>“É assim tive sempre o apoio do meu marido, ele vinha comigo trazê-la, ele vinha buscá-la a... quantas vezes era para ela que pegávamos... que tomávamos ela, era ele que pegava nela quando ela caía pois...” (P1)</i>
2.8.3.3.	Colaboração	1/1	<i>“E alguma família às vezes colaborava” (P2)</i>
2.8.3.4.	Falta de colaboração	3/8	<i>“Mas a maior parte... a maior parte dos dias era eu sozinha para tudo...” (P4)</i>
<b>2.9. <u>Percepção do Papel do Cuidador</u></b>			
2.9.1.	Fez udo	3/8	<i>“Eu não... Não pensava em mais nada a não ser fazer tudo para que a minha mãe estivesse bem.” (P1)</i>
2.9.2.	Não saber o que fazer	2/9	<i>“eu já não sabia o que é que eu havia de fazer...” (P1)</i>
2.9.3.	Proporcionou conforto	1/1	<i>“Foi o suficiente para dar mais conforto e mais competência nas... nas... nas... nos cuidados</i>

			<i>prestados até à morte.”</i> (P2)
2.9.4.	Respeitou a dignidade do doente	1/2	<i>“Bem e como aqui não tinha grandes condições para um doente passar os seus últimos dias com alguma dignidade foi por isso que ela foi transferida para o Hospital da T.”</i> (P2)
2.9.5.	Respeitou a vontade do doente	1/2	<i>“ele não quis vir para o hospital... Eu fiz-lhe a vontade...”</i> (P4)
2.9.6.	Seguiu todas as recomendações dos médicos	1/1	<i>“E eu, e eu conseguia fazer isso tudo, tudo direitinho”</i> (P5)
2.9.7.	Vigilante	2/7	<i>“Aliás por momentos eu já nem saía do pé dela, não... não conseguia estar... ‘tar”</i> (P1)
<b>2.10. Rotina</b>			
<i>2.10.1. Atividades de Lazer</i>			
2.10.1.1.	Comprar o jornal	1/2	<i>“tinha de o ir comprar”</i> (P5)
2.10.1.2.	Dançar	1/1	<i>“Dançava com ela mas ela não gostava de certas canções, desta ou daquela, que normalmente dançávamos...”</i> (P2)

2.10.1.3.	Ir à fisioterapia	1/1	<i>“eu andei na fisioterapia”</i> (P1)
2.10.1.4.	Ir à ginástica	1/1	<i>“eu ia para a ginástica”</i> (P1)
2.10.1.5.	Ir à piscina	1/1	<i>“eu ia para a piscina”</i> (P1)
2.10.1.6.	Ir ao café	1/1	<i>“ia tomar um café com uns amigos...”</i> (P2)
2.10.1.7.	Sair de casa	1/1	<i>“Houve algumas mudanças, mas de vez em quando saía”</i> (P2)
<i>2.10.2. Atividades Domésticas</i>			
2.10.2.1.	Fazer tarefas domésticas	1/1	<i>“fazia as minhas coisas de casa... arranjo sempre qualquer coisa para fazer que não seja aquilo que estou já habituada a fazer...”</i> (P1)
2.10.2.2.	Ir às compras	1/1	<i>“atravessava a rua era logo o supermercado mesmo em frente e às vezes ia lá numa corrida buscar algumas coisas”</i> (P4)
<i>2.10.3. Atividades Laborais</i>			
2.10.3.1.	Trabalhar	1/2	<i>“eu trabalhava quase sempre até ao meu marido morrer, que ele morreu em maio. Nós trabalhamos até janeiro, fevereiro.”</i> (P5)
<i>2.10.4. Atividades relacionadas com o cuidar</i>			

2.10.4.1.	Cuidar do doente	1/1	<i>“As mudanças... As mudanças foi eu ‘tar a tratar dele 24 horas sobre 24 horas, ele ainda andou a fazer três semanas de radio, um bocadito mas só foram duas vezes e... e... andar sempre a acompanhar, era a sombra dele, eu... ele enquanto ah... andava eu... ia à casa de banho sozinho e tudo, eu andava sempre sempre... eu só... só vivia para o meu marido.” (P4)</i>
2.10.4.2.	Dar as refeições	3/4	<i>“dar-lhe o pequeno-almoço, levar o pequeno-almoço à cama” (P1)</i>
2.10.4.3.	Estar em casa	1/1	<i>“estava em casa” (P4)</i>
2.10.4.4.	Preparar as refeições	3/11	<i>“E depois fazer a... a refeição de... dele... dele.” (P4)</i>
<i>2.10.5. Outras Atividades</i>			
2.10.5.1.	Levantar cedo	1/2	<i>“Eu levantava-me... Eu levanto-me cedo... Levanto-me sempre cedo... Eu levantava-me cedo” (P1)</i>
<b>3. Após a morte</b>			
<b>3.1. <u>Acontecimentos de Vida no Cuidador</u></b>			

3.1.1.	Doença da cunhada	1/1	<i>“E a mulher também ficou doente, ficou com cancro de mama, agora, vamos lá ver, ainda vou ter de tomar conta...” (P5)</i>
3.1.2.	Doença de um amigo	1/4	<i>“Ele tem sessenta e... sessenta e seis, faz 66 dia cinco de junho, portanto tem 65 anos e está com Parkinson...” (P1)</i>
3.1.3.	Doença do filho	1/7	<i>“Ele tem esquizofrenia...” (P5)</i>
3.1.4.	Doença do irmão	1/1	<i>“tenho um irmão que tem esclerose múltipla, também é preciso quem o aguenta” (P5)</i>
3.1.5.	Doença oncológica	1/6	<i>“E agora como tive também este meu problema oncológico meu...” (P4)</i>
3.1.6.	Ficar sem casa	1/6	<i>“Fiquei sem casa, fiquei sem nada” (P5)</i>
3.1.7.	Morte da sogra	1/1	<i>“e a mãe só não podia dar o céu aos filhos porque não podia, porque ninguém pode dar isso, coitada, também morreu agora há pouco...” (P5)</i>
3.1.8.	Morte de amigos próximos	1/1	<i>“E a maior daquele grupo, os meus amigos já faleceram” (P2)</i>

3.1.9.	Morte do cunhado	2/4	<i>“olhe agora ainda por cima morreu-me um cunhado” (P5)</i>
3.1.10.	Morte do irmão	1/4	<i>“É assim, depois dele sim, faleceu o meu irmão” (P4)</i>
3.1.11.	Mudar de casa	1/2	<i>“Mudei porque fui para minha casa” (P3)</i>
3.1.12.	Violência doméstica	1/1	<i>“ele queria-me atirar pela escada abaixo e eu então tive de chamar a polícia” (P5)</i>
<i>3.1.13. Impacto no Processo de Luto</i>			
3.1.13.1.	«Mexe muito»	2/3	<i>“E aquilo tem mexido muito comigo... Conheço-o desde os meus nove anos e eu nunca pensei vê-lo assim. Vai ser muito... eu acho que... que a mulher dele não tem noção do que vem aí... Não tem. Porque ele ‘tá... Num ano ele está completamente diferente...” (P1)</i>
3.1.13.2.	Preocupação	1/2	<i>“E agora isto com o meu filho” (P5)</i>
3.1.13.3.	Solidão	1/1	<i>“E a maior daquele grupo, os meus amigos já faleceram” (P2)</i>
<i>3.2. Características Pessoais do Cuidador</i>			

<i>3.2.1. Dimensão Financeira</i>			
3.2.1.1.	Dificuldades económicas	1/5	<i>“e eu disse-lhe «Oh filho nós estamos sem dinheiro»” (P5)</i>
<i>3.2.2. Dimensão Física</i>			
3.2.2.1.	Baixo peso	1/1	<i>“eu não passou dos 42 quilos vestida” (P3)</i>
3.2.2.2.	Falta de apetite	1/2	<i>“mas também não tenho grande apetite.” (P3)</i>
<i>3.2.3. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
<b>3.2.3.1.Negativo</b>			
3.2.3.1.1.	Aborrecida	1/2	<i>“Não entendem que eu ande aborrecida” (P3)</i>
3.2.3.1.2.	Impaciente	1/3	<i>“ainda hoje eu tenho isso... eu não consigo estar em lado nenhum muito tempo...” (P1)</i>
3.2.3.1.3.	Inútil	1/1	<i>“Inútil, um trapo.” (P3)</i>
3.2.3.1.4.	Não ri	1/1	<i>“Nunca mais ri” (P3)</i>
3.2.3.1.5.	Não sorri	1/1	<i>“nunca mais dei um sorriso...” (P3)</i>
3.2.3.1.6.	Triste	2/2	<i>“é uma tristeza muito grande...” (P5)</i>
<b>3.2.3.2.Positivo</b>			
3.2.3.2.1.	Ativa	1/2	<i>“Eu não sei estar quieta.” (P1)</i>

3.2.3.2.2.	Conhecer coisas novas	1/1	<i>“Sempre foi assim de... de conhecer coisas novas e de experimentar coisas novas e o que não sabe aprende.”</i> (P1)
3.2.3.2.3.	Feliz	1/3	<i>“eu sinto-me feliz”</i> (P4)
3.2.3.2.4.	Forte	1/1	<i>“Ainda eu sou muito forte para... para aguentar”</i> (P4)
3.2.3.2.5.	Gosta de ajudar	1/1	<i>“Eu sou uma pessoa que gosta de... gosto de ajudar”</i> (P2)
3.2.3.2.6.	Gosta de conviver	1/2	<i>“gosto de... conviver”</i> (P2)
3.2.3.2.7.	Gosta de sair de casa	1/1	<i>“também não sou de ficar em casa...”</i> (P2)
3.2.3.2.8.	Não gosta de criar problemas	1/1	<i>“E... não gosto de... de criar problemas...”</i> (P2)
<b>3.3.Circunstâncias da Morte</b>			
3.3.1.	Inesperada	2/10	<i>“Isto foi no dia 14, no dia 15 já, já fui visitá-lo eu cheguei lá e já estava morto e eu disse-lhe a eles «Oh Doutora S. vocês mataram o meu marido porque, porque ele estava bem e vocês meteram-no mal»”</i> (P5)
<b>3.4.Comunicação da Notícia</b>			

3.4.1.	Assistiu	2/8	<i>“Eu nem sei como tive coragem de lhe fechar os olhos para... para ele partir...” (P4)</i>
3.4.2.	Telefonema	2/4	<i>“Às oito menos vinte telefonaram-me a dizer que ele tinha falecido às quatro da manhã.” (P3)</i>
<b>3.5.Estratégias de Coping</b>			
3.5.1.	Apanhar ar	1/1	<i>“apanhei ar e depois passado um bocado voltei.” (P1)</i>
3.5.2.	Conhecer pessoas	1/1	<i>“conhecer pessoas diferentes...” (P3)</i>
3.5.3.	Costurar	1/1	<i>“Mas também ajuda aquilo... as coisas que eu me meti a fazer assim para passar o tempo, para não estar...” (P1)</i>
3.5.4.	Dançar	1/2	<i>“Vai-me ajudando a dança.” (P2)</i>
3.5.5.	Dar os pertences do falecido	1/5	<i>“E levaram tudo, elas chegaram lá e aquilo ficou completamente vazio.” (P2)</i>
3.5.6.	Dar uma volta	1/3	<i>“Abro a porta, vou até à rua, dou uma volta” (P1)</i>
3.5.7.	Fazer uma viagem	1/1	<i>“Vou fazer agora uma coisa que me atirei-me de cabeça, vou fazer agora</i>

			<i>uma coisa, na tentativa que me limpe a cabeça que me ajude a... vou fazer uma viagem de oito dias, vou estar uma semana fora” (P3)</i>
3.5.8.	Inventar tarefas	1/3	<i>“Olhe é... é... é fazer... é inventar coisas para fazer...” (P1)</i>
3.5.9.	Novo relacionamento amoroso	1/3	<i>“Durante esse período foram surgindo algumas amigas, algumas não tinham... não tinham o estatuto que eu pretendia, pelo menos o comportamento que eu pretendia e... e agora tenho a impressão que está mais ou menos certo que... e a coisa ‘tá a correr bem.” (P2)</i>
3.5.10.	Sair de casa	1/3	<i>“sair de casa” (P1)</i>
3.5.11.	Ver coisas novas	1/1	<i>“ver coisas novas” (P3)</i>
3.5.12.	Viver um dia de cada vez	2/5	<i>“Vou vivendo um dia de cada vez.” (P3)</i>
<b>3.6. Impacto na Experiência da Perda</b>			
<i>3.6.1. Dimensão Física</i>			
3.6.1.1.	Dor no peito	1/2	<i>“Dói-me o peito...” (P1)</i>

3.6.1.2.	Falta de apetite	1/1	“ <i>não me apetece comer</i> ” (P4)
<i>3.6.2. Dimensão Psicológica ou Emocional</i>			
3.6.2.1.	«Falar» com a pessoa que faleceu	1/3	“ <i>Que eu vou para o cemitério como ontem fui, conversar com o meu marido</i> ” (P4)
3.6.2.2.	Aflição	2/2	“ <i>Na altura fiquei apavorada</i> ” (P3)
3.6.2.3.	Alteração da cognição	3/16	“ <i>Mas agora ando assim um bocado distraída com tudo</i> ” (P5)
3.6.2.4.	Ansiedade	1/4	“ <i>comecei a ficar muito ansiosa</i> ” (P1)
3.6.2.5.	Apatia	1/1	“ <i>Olhe acho que fiquei apática</i> ” (P3)
3.6.2.6.	Arrependimento	2/5	“ <i>mas eu própria estou arrependida de não ter ficado aqui naquela noite com ele</i> ” (P3)
3.6.2.7.	Ataque de pânico	1/1	“ <i>Disse que foi um ataque de pânico...</i> ” (P1)
3.6.2.8.	Calada	1/1	“ <i>tava muito calada</i> ” (P1)
3.6.2.9.	Cansaço	2/2	“ <i>Ai, eu ‘tou cansada, cansada, cansada, cansada, psicologicamente ‘tou muito</i> ” (P4)

3.6.2.10.	Choro	3/3	<i>“É por isso que custa e eu choro” (P4)</i>
3.6.2.11.	Consciência da perda	3/19	<i>“Depois de... de tudo acabar é que, é que... a gente acorda...” (P1)</i>
3.6.2.12.	Depressão	1/7	<i>“Sinto-me em baixo, sinto” (P4)</i>
3.6.2.13.	Difícil	3/6	<i>“Muito difícil de lidar com a situação...” (P3)</i>
3.6.2.14.	Dificuldade em aceitar a perda	3/12	<i>“E eu quando estava com o Doutor C. dizia assim “Oh Senhor Doutor, o meu marido foi para a tropa, que eu só me separei dele quando ele foi para a tropa”, quando ele... ele alistou-se na tropa, o meu marido, ele fez lá, ele morou lá três anos, mas agora já está a demorar muito” (P5)</i>
3.6.2.15.	Dificuldades em ver fotografias recentes do falecido	1/2	<i>“de há dez anos pr’a cá não consigo ver as fotografias, não consigo ver...” (P4)</i>
3.6.2.16.	Doloroso	2/3	<i>“foi muito doloroso” (P5)</i>
3.6.2.17.	Dor	1/1	<i>“É uma... é uma dor que... que fica no nosso coração para toda a vida, toda a vida” (P4)</i>

3.6.2.18.	Dormir mal	1/5	<i>“mas mesmo assim agora durmo muito mal”</i> (P4)
3.6.2.19.	Evitar recordações	1/1	<i>“Não convém relembrar determinadas coisas.”</i> (P2)
3.6.2.20.	Falar da pessoa falecida	1/2	<i>“Mas falo dela muitas vezes”</i> (P1)
3.6.2.21.	Falta de ar	1/1	<i>“comecei a sentir falta de ar”</i> (P1)
3.6.2.22.	Incapacidade	1/1	<i>“sinto-me uma incapacitada quer dizer”</i> (P3)
3.6.2.23.	Ir a locais que o falecido gostava	1/2	<i>“eu tanto gostava de ver e depois também no fundo era que o meu marido gostava muito daquela procissão e depois ele morreu e eu queria ver outra vez...”</i> (P5)
3.6.2.24.	Muito complicado	2/5	<i>“e tem sido muito complicado”</i> (P1)
3.6.2.25.	Pensamento constante sobre o falecido	3/5	<i>“eu pensava na minha mãe, sempre...”</i> (P1)
3.6.2.26	Pensamentos suicidas	2/3	<i>“cheguei a pensar no suicídio”</i> (P3)
3.6.2.27.	Revolta	1/6	<i>“Sinto-me revoltada”</i> (P4)

3.6.2.28.	Sofrimento	1/3	<i>“Sofro muito com a falta dele” (P4)</i>
3.6.2.29.	Solidão	2/2	<i>““tou lá assim naquela solidão” (P4)</i>
3.6.2.30.	Stress	2/2	<i>“E fiquei muito... muito stressada, assim muito...” (P1)</i>
3.6.31.	Tristeza	1/1	<i>“chega a tristeza porque foi onde é que vivi 32 anos com o meu marido, naquela casa...” (P4)</i>
<b>3.7. <u>Papel do Suporte Social Formal</u></b>			
<b>3.7.1. Quem</b>			
3.7.1.1.	Médica	2/3	<i>“Ainda o encontrei aqui há dias e ele disse-me se eu precisar de alguma coisa para eu lhe ligar para vir aqui um dia falar com ele.” (P3)</i>
3.7.1.2.	Médica de família	2/3	<i>“tenho a sorte de ter uma médica de família que é excelente” (P3)</i>
3.7.1.3.	Profissionais de saúde	1/1	[sentiu apoio] <i>“Não, não.” (P5)</i>
3.7.1.4.	Psicólogo	4/6	[Apoio psicológico] <i>“Tive, tive, tive...” (P1)</i>
3.7.1.5.	Serviço de Cuidados Paliativos	1/1	<i>“tem que pensar que não podia fazer mais pela sua mãe... e eu disse “Oh</i>

			<i>doutor, eu já sei disso... só que u não sei é como é que isso se faz... Como é que eu deixo de pensar nisto?” Eu não sei...” (P1)</i>
<i>3.7.2. Qual Forma</i>			
3.7.2.1.	Apoio	3/4	<i>“Ainda o encontrei aqui há dias e ele disse-me se eu precisar de alguma coisa para eu lhe ligar para vir aqui um dia falar com ele.” (P3)</i>
3.7.2.2.	Apoio Psicológico	4/6	<i>“é como eu lhe digo eu saio daqui como quando entrei.” (P3)</i>
3.7.2.3.	Conversar	1/1	<i>“conversa muito comigo” (P3)</i>
3.7.2.4.	Telefonema	1/1	<i>“Que... a médica depois até me ligou no me... no dia em que ele faleceu passado um bocado me ligou a dar os sentimentos” (P4)</i>
<i>3.7.3. Avaliação</i>			
3.7.3.1.	Apoio	4/7	<i>“Que... a médica depois até me ligou no me... no dia em que ele faleceu passado um bocado me ligou a dar os sentimentos” (P4)</i>

3.7.3.2.	Excelente	1/1	<i>“tenho a sorte de ter uma médica de família que é excelente” (P3)</i>
3.7.3.3.	Falta de apoio	1/1	[sentiu apoio] <i>“Não, não.” (P5)</i>
3.7.3.4.	Não ajuda em nada	1/3	<i>“não me tem ajudado em nada, não me alterou absolutamente nada...” (P3)</i>
<b>3.8. <u>Papel do Suporte Social Informal</u></b>			
<i>3.8.1. Quem</i>			
3.8.1.1.	Amigos	3/11	<i>“converso com as minhas amigas, rio-me, uma ri-se para um lado, a outra, para outro lado, outra para outro lado, uma diz uma anedota, outra diz uma anedota e é uma distração” (P4)</i>
3.8.1.2.	Cunhada	1/2	<i>“a minha cunhada pagou para eu estar lá, e pronto eu agora estou-lhe a pagar” (P5)</i>
3.8.1.3.	Empregada	1/1	<i>“Tenho uma empregada que já vinha lá a casa, vai lá uma vez por semana e me trata da casa, da roupa e... disso pelo menos.” (P2)</i>

3.8.1.4.	Família em geral	3/6	<i>“até porque o apoio de... da família, principalmente da família da minha esposa, não foi muito grande.” (P2)</i>
3.8.1.5.	Filhos	3/8	<i>“Da família, eu estou a viver com as minhas filhas” (P3)</i>
3.8.1.6.	Irmã	2/2	<i>“Eu tive a quase dois meses em casa dessa minha irmã A.” (P4)</i>
3.8.1.7.	Mãe	1/1	<i>“mas pela minha mãe, faço... Nos dias em que eu acordo bem-disposta e se tiver algum neto lá em casa, pronto... Esqueço um bocado mais as coisas e... e vivo o dia melhor, e é assim...” (P4)</i>
3.8.1.8.	Marido	1/4	<i>“E o meu marido teve a infeliz a ideia ou a infelicidade de... de abrir a boca para dizer uma frase que eu acho que ainda fiquei pior do que o que estava.” (P1)</i>
3.8.1.9.	Netos	2/8	<i>“tenho a ajuda dos meus netos” (P4)</i>
3.8.1.10.	Primo	1/1	<i>“Também tenho... tenho uma prima da minha</i>

			<i>esposa que também me tem dado um jeito” (P2)</i>
3.8.1.11.	Sobrinhos	1/2	<i>“Eu tenho... tenho uma sobrinha que é mais nova que eu só dez anos mais ou menos...” (P2)</i>
3.8.1.12.	Vizinhos	1/3	<i>“Só que eu não queria era que eles fossem maus para mim...” (P5)</i>
<b>3.8.2. Qual Forma</b>			
3.8.2.1.	Apoio	4/11	<i>“ O que me ajudou foi... ter os... os meus amigos e o meu... o meu marido e a minha família, sempre a apoiar-me mas estamos muitas vezes juntos, depois tenho um... um neto com dois anitos agora também, pronto.” (P1)</i>
3.8.2.2.	Companhia	4/16	<i>“O tempo não é muito, mas quando estou com ela passamo-lo mais ou menos.” (P2)</i>
3.8.2.3.	Conflitos	1/3	<i>“Eles não... não arrumam as coisas direitas, não fazem as coisas como deve de ser... E isto prejudica... prejudica-me muito muito muito... Eu tomo conta da minha casa, ele também deve tomar conta da casa</i>

			<i>deles... Ninguém tem de andar a viver assim...” (P5)</i>
3.8.2.4.	Conversar	3/5	<i>“converso com as minhas amigas, rio-me, uma ri-se para um lado, a outra, para outro lado, outra para outro lado, uma diz uma anedota, outra diz uma anedota e é uma distração” (P4)</i>
3.8.2.5.	Participação em atividades de lazer	1/3	<i>“Ultimamente, à cerca de uns meses para cá a coisa ‘tá melhor até porque tenho uma amiga com quem vou dançar...” (P2)</i>
3.8.2.6.	Realização das tarefas domésticas	1/1	<i>“Tenho uma empregada que já vinha lá a casa, vai lá uma vez por semana e me trata da casa, da roupa e... disso pelo menos.” (P2)</i>
3.8.2.7.	Reaver os seus bens	1/3	<i>“mas agora a minha irmã arranjou maneira de eu ficar com a casa” (P5)</i>
3.8.2.8.	Relação amorosa	1/1	<i>“Com quem... fico, sou capaz de ficar com ela ou ela ficar comigo. Ahm... E a coisa ‘tá melhor, sim.” (P2)</i>

3.8.2.9.	Telefonemas	1/1	<i>“Depois comecei a ter a... amigas, não colegas de trabalho, amigas, e, essas, as minhas que uma coitada, também foi operada a coluna, também está de baixa como eu, essa é a melhor amiga que tenho de lá, estamos sempre a telefonar” (P4)</i>
<i>3.8.3. Avaliação</i>			
3.8.3.1.	«Consome a cabeça»	1/1	<i>“O meu filho é que me consome a cabeça todos os dias, não sei o que é que hei-de fazer com ele...” (P5)</i>
3.8.3.2.	Ajuda	5/7	<i>“tenho a ajuda dos meus netos” (P4)</i>
3.8.3.3.	Anima	1/6	<i>“A única coisa que me vão animando é os meus netinhos” (P4)</i>
3.8.3.4.	Apoio	5/18	<i>“se for preciso alguma coisa peço aos meus filhos” (P4)</i>
3.8.3.5.	Falta de apoio	2/8	<i>“até porque o apoio de... da família, principalmente da família da minha</i>

			<i>esposa, não foi muito grande.” (P2)</i>
3.8.3.6.	Incompreensão	2/4	<i>“Elas não entendem como... Não entendem que eu ande aborrecida, ande triste, que eu ande, esteja, esteja mal disposta... Não entendem...” (P3)</i>
<b>3.9. <u>Percepção do Papel do Cuidador</u></b>			
3.9.1.	Fez tudo	2/5	<i>“E eu acho que fiz tudo pela minha mãe, e fazia outra vez.” (P1)</i>
<b>3.10. <u>Rotina</u></b>			
<i>3.10.1. Atividades de Lazer</i>			
3.10.1.1.	Almoçar fora	1/1	<i>“ Vou almoçar e vou jantar fora...” (P2)</i>
3.10.1.2.	Costurar	1/3	<i>“É o que tenho feito agora... Sou capaz de estar uma manhã inteira ou uma tarde inteira na máquina de costura.” (P1)</i>
3.10.1.3.	Estar com amigos	1/1	<i>“tar com os amigos” (P2)</i>
3.10.1.4.	Fazer caminhadas	2/4	<i>“Depois comecei a fazer umas caminhadas com um sobrinho do meu marido” (P1)</i>

3.10.1.5.	Ir à fisioterapia	1/1	<i>“E agora vou fazer fisioterapia outra vez”</i> (P1)
3.10.1.6.	Ir à padaria	1/1	<i>“passado dez minutos saio, vou à... à padaria lá perto de casa”</i> (P1)
3.10.1.7.	Ir ao café	2/2	<i>“ir ao café”</i> (P2)
3.10.1.8.	Ir ao futebol	1/2	<i>“ir ao futebol, às vezes...”</i> (P2)
3.10.1.9.	Jantar fora	1/1	<i>“Vou almoçar e vou jantar fora...”</i> (P2)
3.10.1.10.	Ler o jornal	1/1	<i>“leio o jornal”</i> (P1)
3.10.1.11.	Não sair de casa	3/8	<i>“Não saio de casa”</i> (P4)
3.10.1.12.	Passear a cadela	1/1	<i>“levo a cadela à rua, depois também tenho lá uma cadela pequenita que já estava lá com a minha mãe...”</i> (P1)
<i>3.10.2. Atividades Domésticas</i>			
3.10.2.1.	Ir às compras	2/3	<i>“Vou fazer umas compritas”</i> (P4)
3.10.2.2.	Preparar refeições	2/5	<i>“como tenho de fazer comida ao jantar, tem de ficar para o dia seguinte pronta, para uma levar e a outra vir a casa comer”</i> (P3)

3.10.2.3.	Realizar tarefas domésticas	1/2	<i>“em casa ando lá, faço de trolha, de ajudante de trolha, de ajudante de electricista” (P5)</i>
<i>3.10.3. Atividades Laborais</i>			
3.10.3.1.	Cuidar da mãe	1/8	<i>“eu trabalho o dia todo, trabalho faço um part-time” (P4)</i>
3.10.3.2.	Trabalhar	1/6	<i>“vou para casa, tratar da minha velhinha, do lanche dela” (P4)</i>
<i>3.10.4. Atividades Religiosas</i>			
3.10.4.1.	Ir ao terço	1/2	<i>“agora olhe vou para o terço” (P5)</i>
<i>3.10.5. Outras Atividades</i>			
3.10.5.1.	Deixar de ir à piscina	1/1	<i>“deixei de ir à piscina” (P1)</i>
3.10.5.2.	Ir ao cemitério	1/2	<i>“Que eu vou para o cemitério como ontem fui” (P4)</i>
3.10.5.3.	Levantar cedo	1/1	<i>“Eu levanto-me cedo...” (P1)</i>