

A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência

The living experience of male-spouse caregivers who care for women with dementia

Graça Melo*

Resumo

Introdução: Os resultados de alguns estudos mostraram que o homem cuidador presta cuidados diferentes da mulher cuidadora, quer no volume, quer no tipo de cuidados, sugerindo que o gênero é uma variável que molda significativamente as experiências de cuidar em família. **Objetivos:** Descrever a experiência vivida pelos cuidadores (cônjuges) de mulheres que sofrem de demência. **Metodologia:** Efetuamos um estudo utilizando metodologia qualitativa, seguindo um percurso fenomenológico. Participaram 13 cuidadores (cônjuges) de mulheres com diagnóstico clínico de demência, que cuidavam dos seus familiares em domicílio familiar. A entrevista consistiu num conjunto de questões estruturadas, para caracterização da situação de cuidados, e a parte central teve como ponto de partida uma única questão que induzia a descrição da experiência de viver a situação em estudo. **Resultados:** A idade dos cuidadores oscilou entre 59 e 81 anos e a duração da prestação de prestação de cuidados, entre 3 e 15 anos. Apenas dois cuidadores mantinham atividade profissional. Quase todos (11) prestavam grande parte dos cuidados necessários para a satisfação das necessidades das doentes nas atividades de vida diária. A maioria dos cuidadores (9) estava isolada nos cuidados, não recebendo apoio instrumental, aconselhamento ou suporte emocional. Da análise qualitativa de conteúdo efetuada, extraíram-se os seguintes temas: experiências prévias, percurso conjugal e decisão para cuidar. **Conclusão:** O momento de decisão para cuidar parece constituir um elemento fundamental na experiência de cuidar do homem e, provavelmente, a maior diferença de cuidar no masculino do cuidar no feminino.

Palavras-chave:
Cuidadores.
Homens. Demência. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). Experiência.

* Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, Lisboa, Portugal

Abstract

Introduction: The results of some studies have shown that the male caregiver provides different care as compared to female caregivers, either in volume or the type of care, suggesting that gender is a variable that significantly shapes the experiences of family care. *Objectives:* To describe the experience lived by caregivers (spouses) of women who suffer from dementia. *Methodology:* We carried out a study using qualitative methodology, following a phenomenological sense. Participants were 13 caregivers (spouses) of women with clinical diagnosis of dementia, who cared for their relatives in the family home. The interview consisted of a structured questionnaire to characterize the situation of care, and the central part had as starting point a single issue that prompted the description of the experience of living the situation under study. *Results:* The age of caregivers ranged from 59 to 81 years and the duration of the provision of care, between 3 and 15 years. Only two caregivers held professional activity. Almost all (11) offered much of the care required to meet the needs of patients in activities of daily living. Most caregivers (9) were isolated in care, not receiving instrumental support, advice or emotional support. From the qualitative analysis performed, the following topics arose: previous experience, background and marital decision to care. *Conclusion:* The turning point for care seems to be a fundamental element in the experience of caring for the man, and probably the biggest difference between male care and female care.

Key words:
Caregivers. Men.
Dementia. Outcome
and Process
Assessment (Health
Care). Experience.

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) e outras demências têm assumido importância cada vez maior nas sociedades ocidentais, acompanhando o envelhecimento da população. Em 2001, foi estimado que existiriam 24,3 milhões de pessoas com demência em todo mundo, com previsibilidade de aparecimento de 4,6 milhões de novos casos em cada ano e com duplicação do número a cada 20 anos. Só na União Europeia, havia 5 milhões de pessoas.¹ A população portuguesa, em 2005, contava com 17,5% de pessoas idosas, e é esperado quem em 2050 sejam cerca de 32% da população.² No momento,

a demência é um problema real de saúde pública que se agravará no futuro.

As pessoas que sofrem de doença de Alzheimer e de outras demências padecem progressivamente de declínio da memória e, pelo menos uma, de outras funções cognitivas, que determinam perda de funcionalidade nas atividades instrumentais e atividades autocuidado da vida diária. Fazem parte dessas síndromes, sintomas psicológicos e comportamentais que têm efeitos dramáticos na qualidade de vida dos doentes, cuidadores e familiares.^{3,4}

A pessoa com demência experimenta viver, frequentemente durante longos anos, com défices cognitivos, funcionais e problemas com-

portamentais que geram dependência progressiva, ficando dependente de um cuidador.^{5,6}

O processo de iniciação do cuidador de uma pessoa com demência acontece através de um processo sub-reptício, cujo início este raramente consegue datar. Isto é, coincide com o início insidioso da perda de autonomia, em que o cuidador começa a prestar cuidados sem se dar conta de uma forma consciente e objetiva que está iniciando seu papel de cuidador, mesmo não tendo, por vezes, uma clara identificação com esse papel. Nesta fase, o cuidador não tem consciência de que é o membro da família sobre o qual irá recair o maior encargo, nem que essa situação se pode arrastar por muitos anos e que, possivelmente, irá implicar aumento progressivo da sua entrega.⁷

As mulheres, tradicionalmente, têm sido o grupo que assegura os cuidados aos familiares dependentes, e os dados de um estudo português corroboraram o fato de as mulheres, apesar de desempenharem papel ativo e relevante no mercado de trabalho, continuarem a ser responsabilizadas por muito mais trabalho familiar que os homens.⁸ O progressivo envelhecimento da população e as alterações da dinâmica social têm determinado, nos últimos anos, o aumento do cuidado entre cônjuges, em consequência da diminuição significativa do número de pais que coabitam com os filhos ou vivem em locais próximos, dificultando, deste modo, o cuidado intergeracional.

Apesar desta realidade, a maioria da investigação reflete quase exclusivamente a experi-

ência das mulheres, em virtude de as amostras apenas contemplarem mulheres ou apenas um número muito reduzido de homens.^{9,10}

Nos últimos anos, tem-se verificado aumento do número de cuidadores homens, estimando-se sua prevalência em 28% a 37%.¹¹⁻¹³ Mas, salientamos um estudo epidemiológico americano, com cuidadores familiares (> 18 anos) que prestavam, pelo menos, alguns cuidados a pessoas dependentes ou pessoas idosas doentes,¹⁴ que encontrou 44% de cuidadores masculinos do qual grande parte (40%) prestava um número significativo de cuidados nas atividades de vida diária. Os resultados preliminares apresentados sobre o estudo efetuado em Portugal mostraram que 31% dos cuidadores eram homens e que se responsabilizavam pela maioria dos cuidados prestados ao cônjuge, com escassa colaboração dos filhos.¹⁵

O gênero tem sido descrito como fator importante do stress vivenciado no processo de cuidar de um familiar.¹⁶⁻¹⁸ Os resultados de uma meta-análise¹⁹ evidenciaram que os homens, comparados com as mulheres, tinham índices de stress e depressão mais baixos, e níveis mais elevados de bem-estar subjetivo e de saúde física. Ainda nesse estudo, se verificou que as mulheres relatavam maior número de sintomas comportamentais, prestavam maior número de horas de cuidados, bem como maior número de cuidados pessoais.

Os resultados de alguns estudos^{11,20-23} sugeriram que o homem cuidador presta cuidados diferentes da mulher cuidadora, quer no tipo, quer em quantidade. Em estudo recente

realizado com cônjuges no Japão, os homens apresentaram níveis de depressão significativamente mais baixos que as mulheres. Evidenciou-se, ainda, que o gênero pode influenciar diferentes fatores que podem estar associados com a depressão e a experiência de cuidar.²⁴

Estes dados chamaram atenção para a necessidade de os profissionais de saúde e os serviços considerarem o gênero como uma variável que molda significativamente as experiências de cuidar em família.

Os escassos estudos qualitativos sobre a experiência de homens cuidadores têm referenciado que estes experimentam alterações contínuas nas suas vidas, como o sentido de perda, diminuição da atividade social, aumento da responsabilidade por ausência de partilha e que cuidam com sentido de reciprocidade,²⁵⁻²⁷ não sendo particularmente inovador relativamente aos inúmeros estudos sobre a experiência das mulheres, e não emergindo nenhuma característica particular. Deste modo, consideramos como objetivos deste estudo descrever a experiência de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência.

METODOLOGIA

Efetuamos um estudo utilizando metodologia qualitativa no sentido indutivo. Participaram 13 cuidadores (cônjuges) de mulheres com diagnóstico clínico de demência, que residiam em domicílio familiar na área de Lisboa e Vale do Tejo. Foram recrutados os cuidadores que compareceram, sucessivamente, numa consulta hospitalar especializa-

da em Demência. Apenas um cuidador se recusou a participar, com receio de que a mulher fosse institucionalizada.

Tivemos como critérios de inclusão: cônjuges de doentes com diagnóstico clínico de demência e residentes em domicílio familiar; cuidadores que eram os primeiros responsáveis pelos cuidados desde há, pelo menos, dois anos.

O primeiro contato com o participante foi realizado por telefone, com apresentação dos autores, da finalidade e tipo de participação desejada. Após a obtenção do consentimento, foi explicada a questão que iria ser colocada na entrevista, a se realizar uma semana após o contato. As entrevistas, com duração entre 60 a 90 minutos, foram realizadas no local escolhido pelos participantes: local de trabalho do próprio (1), gabinete de consulta médica (3) e domicílio do próprio (9). Em todos os casos, foram garantidas a privacidade e a não-interrupção por terceiros.

A primeira parte da entrevista consistiu num conjunto de questões estruturadas: caracterização sócio-demográfica; duração da doença e da prestação de cuidados; caracterização do tipo e quantidade de cuidados; apoio familiar e externo.

A segunda parte tinha como ponto de partida apenas uma questão: “Fale-me, por favor, acerca da sua mulher e da vossa vida em comum. Conte-me como tem sido a sua experiência de cuidar da sua mulher que sofre de um processo demencial”; apenas foram utilizadas outras questões para clari-

ficar aspectos decorrentes do relato (O que quer dizer com isso? Quer dar-me um exemplo? Consegue localizar no tempo? Pode clarificar as razões?).

A análise qualitativa de conteúdo foi efetuada utilizando um percurso fenomenológico adaptado de Van Kaam:²⁸ leitura de todos os textos para compreensão do sentido global; leitura e cada expressão ou frase que descrevia algum aspecto da experiência foi listada separadamente; expressões semelhantes foram agrupadas e classificadas; expressões irrelevantes foram eliminadas; grupos de expressões que suportaram interações fechadas umas em relação às outras foram agrupados e classificados; realizada nova leitura no sentido de refinar e verificar a análise; a estrutura essencial dos elementos discussão foi verificada por dois juízes independentes.

O material gravado, apenas na segunda parte da entrevista, foi transcrito a *verbatim* e no final foi feita a confirmação deste registo com nova audição da gravação.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e foi obtido o consentimento informado de todos os participantes.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes e contexto de cuidados

A idade dos cuidadores variou entre 59 e 81 anos, e das doentes, entre 60 e 82. Os

anos de escolaridade dos cuidadores oscilaram entre 3 e 18 anos. A duração da prestação de cuidados observada, em anos, teve um intervalo de 3 a 15.

Dos 13 cuidadores, apenas dois mantinham atividade profissional, estando os restantes reformados. Relativamente à coabitação com familiares, quatro cônjuges partilhavam o domicílio com os filhos e os nove restantes viviam sozinhos. No quotidiano, só dois cuidadores consideraram que recebiam apoio de familiares (nora, filhos).

De todos os cuidadores e doentes, apenas um tinha acompanhamento sistemático de um enfermeiro e as razões apontadas para este fato foram as seguintes: desconhecimento de serviços do estado ou privados de qualidade, não identificarem a mais-valia desse acompanhamento, não havia necessidade de execução de nenhum procedimento técnico diferenciado, recurso privado dispendioso. Quase todos estavam isolados no cuidado, não recebendo aconselhamento ou suporte emocional. Apenas sete cuidadores tinham apoio externo indiferenciado em alguns cuidados ao doente e na lida doméstica.

Dos 13 cuidadores, 11 prestavam cuidados permanentes, referindo que estavam em alerta 10 a 24 horas por dia, e apenas dois apenas prestavam cuidados a partir das 19h até às 8h durante a semana e durante todo o fim-de-semana.

Os cuidadores efetuavam um número elevado de tarefas instrumentais no quoti-

diano; todos se responsabilizavam pela gestão das consultas médicas e medicação, bem como efetuavam as compras necessárias para o dia a dia. A maioria (9) assumia a elaboração das refeições; alguns (6), o tratamento de roupas, e cinco, a higiene da habitação.

Em relação aos cuidados básicos, é de se notar que os cuidadores prestavam quase todos os cuidados aos seus familiares. Quase todos (11) se encarregavam diariamente da higiene corporal, arranjo pessoal, vestir e dos cuidados em relação à eliminação.

Análise da experiência do cuidador

Na análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, foram identificados três temas: experiências prévias, percurso conjugal e decisão para cuidar.

Verificamos que a maioria dos cuidadores tinha experiência, antes de as mulheres adoecerem, de gerir e realizar atividades domésticas, quer pela sua vida profissional, quer por opção na organização da vida familiar. Esta experiência facilitou tomarem a cargo todas as atividades domésticas.

“Viajávamos todo o verão. Eu sempre fui o cozinheiro e com tudo bem organizado. Não gosto, mas aprendi e não me atrapalhei quando isto aconteceu. Já tinha feito muitos estágios...” (C3)

Por outro lado, alguns cuidadores tinham tido acontecimentos de vida (clandestinidade política, trabalho em submarinos, vendedor em países africanos) que os tinham

preparado para lidar com a adversidade e o imprevisto, além de flexibilidade para se adaptarem a diferentes exigências da vida.

“Durante anos e anos fui ...na marinha mercante. Habituei-me a bastar-me a mim próprio. Cozinhar, cozer a roupa, passar a ferro sempre fiz.” (C2)

“Durante muitos anos vivi na clandestinidade, minha senhora. Isso sim foram tempos duros: fome, medo, mas determinação...” (C6)

Percurso conjugal

Em quase todos os discursos, referenciou-se a forma como fizeram a vida em comum. Em algumas situações, a referência às qualidades de mãe e esposa, que esteve sempre no lugar da frente como cuidadora da família, deixando ao marido o espaço para sua atividade profissional e pessoal e menos preocupação na gestão da dinâmica da família e educação dos filhos. Nestes casos, evidenciou-se a dedicação aos cuidados como um modo de reconhecimento ou tributo à companheira, pelo fato de se ter adaptado às necessidades do marido.

“Foi boa mãe e boa esposa. Toda a vida estive sozinha ... enquanto eu percorria o mundo a trabalhar.” (C9)

De forma interessante, tivemos a referência às mulheres que assumiram papel de maior relevo profissional, que tinham permitido ao cônjuge experiências sociais e culturais relevantes, com repercussão importante no seu bem-estar.

“Tinha um lugar de prestígio o que permitiu que eu tivesse acesso a coisas que eu nunca teria conseguido ... viajámos por todo o lado. Eu era o secretário!” (C5)

Alguns cuidadores atribuíam a necessidade de se dedicarem a suas companheiras pelo fato de nem sempre terem tido o comportamento conjugal esperado e esta ser a forma de reparar o sofrimento provocado.

“Saltei muitas vezes a cerca. Fi-la sofrer ... precisava de reparar este sofrimento. Não podia ser de outra forma.” (C13)

O modo como partilharam a vida antes da doença teria que continuar nesta fase, apesar de vivida de forma diferente.

“Sempre partilhámos todas as decisões e sempre fizemos tudo em conjunto, desde a educação dos filhos até aos nossos projetos... Sem projetos conjuntos não há vida conjugal.” (C11)

Decisão para cuidar

Quase todos os cuidadores relataram que, em determinado período de tempo, tinham tomado a decisão de cuidar das companheiras de vida. Alguns referiam que a decisão era definitiva, desde que não lhes

faltasse a saúde, e que já planeavam o modo como teriam que organizar os cuidados nas fases mais adiantadas da doença. Os motivos foram sendo diferentes, no entanto, explicitam-se os mais evocados.

O amor e paixão com que viveram a relação:

“... Foi uma grande paixão... como continua a ser. Cuidar dela é a forma de exprimir o meu amor. Quando penso que um dia (lágrimas)...” (C11)

Reciprocidade/obrigação (social ou moral ou religiosa):

“Tenho a certeza que ela faria o mesmo por mim... (C1); “Casei pela igreja e lá disse: na saúde e na doença...” (C9)

A redenção pelas “faltas” cometidas:

“Andei um tempo de cabeça perdida... então eu casei para isto? Mas o sentimento de culpa era permanente... eu sabia que tinha obrigação, ela sempre suportou as minhas faltas. Já decidi que cuidarei dela até ao fim ...” (C13)

Apresentamos o diagrama (Figura 1) das relações temáticas que esta análise nos permite estabelecer.

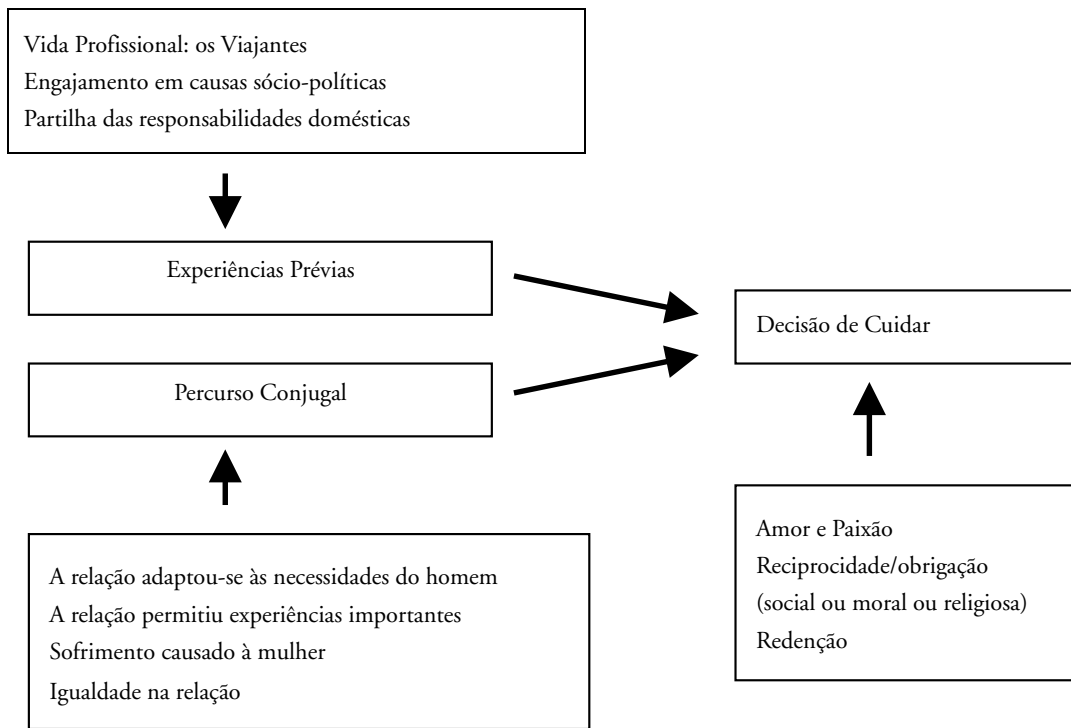


Figura 1. Diagrama das relações temáticas.

DISCUSSÃO

Relativamente ao contexto de cuidados, os resultados foram semelhantes aos referidos em estudo realizado no norte do país, em que a maioria dos cuidadores estava isolada nos cuidados, recebendo escassa ajuda familiar e institucional.²⁹ O tempo de cuidados prestados diariamente referido pelos cuidadores foi muito elevado, tal como em outro estudo português,²⁹ relativamente ao tempo referido pela maioria de estudos internacionais com cuidadores de ambos os sexos.³⁰ Alguns cuidadores referiram que cuidavam 24 horas por dia, um

estado de hipervigilância, que definiram como estar “sempre ao serviço”, totalmente centrados no seu familiar doente. Na nossa experiência, muitos cuidadores referem que estão em permanente observação das atividades e comportamento do doente e querem dizer que, quando estão “vigilantes”, supervisionam e colaboram nas atividades, antecipam a satisfação de necessidades, controlam os sintomas comportamentais, mantêm a segurança do doente em casa, etc. Justificam que, mesmo durante o sono, facilmente despertam com qualquer alteração que ocorra, por estarem preocupados.

Na abordagem das diferenças entre os sexos, a atenção dos autores tem-se centrado de forma mais intensa sobre os estereótipos sexuais, consequências sobre os julgamentos expressos e os comportamentos adotados. Pode-se definir estes estereótipos como conjuntos de crenças sobre as características que os homens e as mulheres supostamente possuem, que incluem crenças sobre as características físicas, os traços de personalidade, os comportamentos ligados aos papéis sociais, as preferências profissionais, as competências específicas e as disposições emocionais.³¹

O gênero é considerado uma “variável psicológica”, na medida em que se questiona a dimensão psicológica da masculinidade-feminilidade como um conceito unidimensional e bipolar, considerando-se que os modelos propostos por esta dicotomia asseguram o bem-estar psicológico dos indivíduos.³² De alguma forma, esta visão dicotômica tem estado presente na abordagem da prestação de cuidados em família, sendo esperado encontrar um polo masculino e outro feminino. Talvez por isso, os homens que decidem cuidar da sua mulher doente são referidos como cônjuges especiais, que ousaram entrar na área do *nurturing*, visto que a sociedade ocidental tem diferentes expectativas em relação aos comportamentos apropriados aos homens e às mulheres.³¹

A maioria dos estudos referem que os homens executam grande parte das tarefas instrumentais, mas muito menos tarefas de cuidado pessoal, ocupando grande parte do

tempo “estando com” ou “em vigilância” constante,^{11,20-23} sendo muito poucos os que afirmam o contrário.^{10,14} No entanto, de acordo com nossos resultados, além de os cuidadores participarem num conjunto alargado de atividades que asseguram a gestão doméstica, bem como a vida familiar, prestam quase sempre grande parte dos cuidados básicos aos seus familiares, não sendo esta, na nossa opinião, umas das diferenças do padrão masculino e feminino na prestação de cuidados entre cônjuges.

A “reciprocidade”, a certeza de que o outro faria o mesmo, é uma das razões apontadas para o envolvimento emocional, bem como para a prestação de cuidados, como se verifica em estudos femininos, mas surgiu o elemento interessante de “retribuição” por um passado que suas mulheres lhes permitiram viver, dando relevo ao fato que a qualidade das experiências e memórias da vida conjugal são elemento fundamental para o homem decidir cuidar da sua mulher que sofre de demência. Pensamos que um dos elementos importantes que encontramos na análise dos discursos foi a clara “decisão de cuidar” tomada pelos participantes num determinado momento do percurso inicial de cuidador. Esta pode necessitar de confirmação com outras investigações, sobre a diferença do cuidar masculino do cuidar feminino. Nas mulheres, é descrito que o início de cuidados é insidiosa, lenta, e que quando declaradamente se torna cuidadora, não tem qualquer possibilidade de voltar atrás, quer porque não tem quem a substitua quer pela pressão social,

mesmo que não deseje ou não esteja preparada para esse papel.

Neste estudo, verificamos que grande parte destes homens referiram que suas experiências prévias de atividades domésticas, de “cuidarem de si próprios” ou de atividades que exigiram grande resiliência emocional, os ajudaram a encarar este desafio e desejo de cuidar da sua mulher até ao fim, aspectos que ainda não vimos descrito na literatura do *caregiving*.

Apesar de este trabalho ser apenas descritivo e apresentar um conjunto pequeno participantes, ele nos permite supor que a análise da história de vida dos cuidadores será um dos elementos interessantes, no sentido de orientar e prever o suporte que para o cuidador seja mais importante. No entanto, algumas questões se levantam, como as razões que levam alguns cuidadores homens (cônjuges) a tomar a decisão de não cuidarem e quais as principais diferenças entre os cuidam e os que não cuidam. Estes aspectos são fundamentais para se compreender quais as intervenções de suporte que poderão ser mais úteis para os cuidadores homens (cônjuges).

CONCLUSÕES

As experiências prévias e o percurso conjugal influenciaram, segundo os par-

ticipantes, a decisão para cuidar. O momento de decisão para cuidar parece constituir um elemento fundamental na experiência de cuidar do homem, e provavelmente, a maior diferença de cuidar no masculino do cuidar no feminino. Na intervenção junto de cuidadores é importante reconhecer os fundamentos na tomada de decisão, que constituem elemento importante na estrutura da experiência dos cuidadores, pois permitem clarificar e integrar os aspectos positivos e negativos da experiência. A identificação deste aspecto é essencial para intervenções de suporte diferenciadas, com significado e utilidade para homens cuidadores. Fica, neste momento, por compreender as razões dos cônjuges que não cuidam das mulheres com demência.

AGRADECIMENTO

Ao Professor Doutor Carlos Garcia, com quem iniciamos este estudo. O Professor apoiou o projeto com todo o entusiasmo, como sempre o fazia. Lamentavelmente, não teve tempo para o ver concluído. Nós, quando privilegiadamente o acompanhamos em consulta, aprendendo clínica e a fazer investigação, tivemos oportunidade de partilhar a humanidade e dignidade que mantinha na relação com a pessoa com demência e seu familiar.

REFERÊNCIAS

1. Ferri CP, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005, 366 (9503), 2112-7.
2. Instituto Nacional de Estatística - Portugal. Dia Internacional do Idoso. Destaque 2005. [acesso em: 2005 set 09] Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=73639&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt> .
3. Cummings J. The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias. New York : Martin Dunitz Ltd; Taylor & Francis 2005. p 1.
4. Barreto J. Os sinais da doença e a sua evolução. In: Castro C; Mendonça A. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel 2005. p.27- 40.
5. Ghent-Fuller J. Understanding the dementia experience 2003. Alzheimer Society Cambridge. [acesso em 2005 out 05] Disponível em: <www.alzheimercambridge.on.ca> .
6. Smith M, Buckwalter K. Behaviors associated with dementia. *Am J Nurs* 2005, 105 (7): 40- 52.
7. Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar. Coleção Idade do Saber 2004. p 60-3.
8. Afonso R, Poeschl G. O meu marido ajuda-me muito, mas eu é que faço tudo. 2º Congresso Hispano-Português de Psicologia; 2005 Out 1-8. Lisboa: 2008.
9. Crocker S. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of literature. *J Adv Nurs* 2002, 40(6): 626-40.
10. Lauderdale S, D'Andrea J, Conn D. Male Caregivers: challenges and opportunities. In: Coon D, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: clinical guide. New York: Springer 2003, p. 243-65.
11. Hibbard J, Neufeld A, Harrinson M. Gender differences in the support networks of caregivers. *J Gerontol Nurs* 1996; 22(9): 15-23.
12. Houde S. Men Providing care to older adults in the home. *J Gerontol Nurs* 2001, 27(8): 13-9.
13. Lisboa. Ministério do Trabalho e Solidariedade, Ministério da Saúde. PAII – Programa de Apoio a Idosos: relatório de actividades 1999.
14. National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving Statistics. Disponível em: URL: <http://www.nfcares.org/who_are_family_caregivers/care_giving_statistics.cfm> .
15. Melo G, Maroco J, Mendonça A. Correlations between characteristics of the family caregiver and specific behavioral and psychological symptoms of dementia. In: On site-book, 11 th International Conference on Alzheimer's Disease, 2008 July 26-31, Chicago. Alzheimer's Association.
16. Bookwala J, Schulz R. A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: the Caregiver Health Effects Study. *Psychol Aging* 2000, 15(4), 607-16.
17. Kramer BJ. Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist* 1997, 37: 239-49.

18. Ducharme F, et al. Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the context and relational aspect of care. *Int J Nurs Stud* 2006 Jul; 43(5): 567-79
19. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006, 61B(1): 33-45.
20. Almborg B, et al. Differences between and within genders in caregiving strain: comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *J Adv Nurs* 1998; 28(4): 849-58.
21. Garity J. Gender differences in learning style of Alzheimer family caregivers. *Home Healthc Nurse* 1999, 17(1): 37-44.
22. Kramer BJ, Kipnis S. Eldercare and work-role conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *Gerontologist* 1995; 35: 340-8.
23. Stoller EP. Males are helpers: the role of sons, relatives, and friends. *Gerontologist* 1990; 30: 228-35.
24. Sugiura K, et al. Gender differences in spousal caregiving in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64: 147-56.
25. Harris P. Listening to caregiving sons: misunderstood realities. *Gerontologist* 1998; 38(3): 342-52.
26. Parsons K. The male experience caregiving for a family member with Alzheimer's disease. *Qual Health Res* 1997; 7(3): 391-40.
27. Siriopoulos G, Brown Y, Wright K. Caregivers of wives diagnosed with Alzheimer's disease: husband's perspectives. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1999; 14 (2): 79-87.
28. Van Kaam, AL (1959). Phenomenal analysis exemplified by a study of the experience of 'really feeling understood'. *J Individ Psychol* 1959; 15 (1): 66-72.
29. Ribeiro O. Quando o cuidador é um homem: envelhecimento e orientação no cuidado. In: Paul C, Fonseca A eds. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi 2005. p. 235-54.
30. Vugt M, et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(1): 85-92.
31. Poeschl G. Représentations des différences entre les sexes et jeux de pouvoir. *Nouvelle Revue de Psychologie Sociale*. 2003; 2(1): 77-86.
32. Lorenzi-Cioldi F. Androgynies au masculin et au féminin. In: Berthod-Wurmser M, et al. *La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*. Paris: Ephesia, Editions de La Découverte, 1995, p. 143-51.

Recebido: 16/6/2009

Aprovado: 21/7/2009