

Ana Raquel Guimarães Reis

*A Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente*

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018



Ana Raquel Guimarães Reis

*A Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente*

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Ana Raquel Guimarães Reis

*A Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente*

Ana Raquel Guimarães Reis

---

Projeto de Graduação apresentado  
à Universidade Fernando Pessoa, como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Licenciatura em Enfermagem

## **RESUMO**

Atualmente um dos fenómenos demográficos mais significativos é o envelhecimento demográfico da população, nomeadamente a portuguesa, que está a envelhecer e a um ritmo acelerado. O problema não reside no aumento da esperança média de vida, pois é isso que se pretende através do progresso científico, mas sim no facto de nascerem cada vez menos crianças.

O aumento do envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida trouxeram um conjunto de preocupações e responsabilidades, às famílias e às entidades sociais e da saúde, devido aos cuidados que é necessário prestar às pessoas idosas dependentes.

Os cuidadores informais de doentes dependentes, principalmente familiares, são os principais encarregados da prestação de cuidados, e que sofrem uma grande sobrecarga tanto a nível físico como económico, para além de não receberem qualquer tipo de retribuição económica. A sobrecarga é um conjunto de problemas a nível físico, psicológico e socioeconómico que surge com o decorrer da prestação de cuidados (Cerqueira, 2015).

O principal objetivo deste estudo é avaliar a sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente, no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho e os objetivos específicos são identificar a sobrecarga nas suas dimensões física, emocional, e social.

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, tendo-se recorrido para a colheita de dados a um Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) da autoria de Martins *et al* (2003) e Índice de Barthel de Wadde e Collin (1988), para avaliar a capacidade funcional e a limitação nas ABVD (atividades básicas de vida diária) dos sujeitos alvo dos cuidados. A amostra do estudo foi composta por 30 cuidadores informais de idosos dependentes, de ambos os géneros, residentes no Concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho.

O processo de amostragem foi não probabilístico por bola de neve. Os resultados obtidos mostram que os cuidadores informais são na maioria do gênero feminino, tendo uma idade média de idade de 50 anos, apresentando uma sobrecarga total moderada (37,31).

As componentes do instrumento com maior peso são: *SF*, *SE*, *IVP*, ou seja, o CI tende a apresentar maior sobrecarga física, emocional e social sobretudo devido a estes fatores. Relativamente ao objetivo geral a amostra revelou uma sobrecarga moderada.

Com a aplicação do Índice de Barthel verificou-se que cerca de 25% dos idosos são totalmente dependentes, sendo que 5% são severamente dependentes.

**Palavras-chave:** Cuidar, Cuidador informal, Dependência, Idoso, Sobrecarga.

## **SUMMARY**

Presently one of the most significant demographic phenomena is the demographic aging of the population, namely the Portuguese population, aging and at an accelerated pace. This alarming reality does not originate in the increase of the average life expectancy, which would be the desirable result of the scientific progress, but in the fact that fewer and fewer children are being born.

By being so, the aging increase of population and the increase in average life expectancy have brought a number of concerns and responsibilities both to families and to social and health entities due to the need for special care among the elderly and dependent people.

Informal caregivers of patients who depend mostly on their family members, are the ones who are responsible for most of the care they need and are the ones who go through a huge amount of stress both physically and economically and do not receive any kind of financial compensation. As a result of such intense care delivery comes overburdening, which involves a whole set of problems at the physical, psychological and socioeconomic levels. (Cerqueira, 2015).

The overall aim of this study is to evaluate the overburden of the informal caregiver of the dependent elderly, in Santo Tirso municipality, parish of Vilarinho, and more specifically, to identify the existing overburden in their physical, emotional and social dimensions.

This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study, and the collection of the necessary data was accomplished with the application of the Informal Caregiver's Overload Assessment Questionnaire (ICOAQ) (Martins *et al.*, 2003), and the Barthel's Index by Wadde and Collin (1988) was also used to assess the functional capacity and the limitations in BADL (basic activities of daily life) of the target group. The study sample consisted of 30 informal caregivers of elderly dependents of both sexes, living in Santo Tirso municipality, parish of Vilarinho. The sampling process was non-probabilistic by snowball.

According to the achieved results, it is possible to conclude that informal caregivers are mostly female, with a mean age of 50 years, presenting a total moderate

overburden (37,31%).

The components of the instrument with a more significant weight are: *SF*, *SE*, *IVP*, that is, IC tends to present greater physical, emotional and social overburden due mainly to these factors. Regarding the general objective, the sample showed the existence of a moderate overburden.

By applying Barthel's Index, it was possible to confirm that 25% of the elderly people are totally dependent and 5% are even severely dependent.

**Keywords:** Care, Informal Caregiver, Dependency, Elderly person, Overburden.



## **DEDICATÓRIA**

“Toda família tem alguém,  
Com um brilho especial nos olhos.  
Nos lábios sábios concelhos.  
Na voz a soma da cultura acumulada,  
Muitas vezes desprezada.  
Toda família tem alguém que,  
Têm braços de músculos cansados, mas...  
Que não negam o conforto de um longo abraço.  
Têm os ombros cansados, mas...  
Não negam um carinho e mais um fardo.  
Têm os ossos frágeis, mas...  
Não negam um colo.  
Precisam de atenção, de amor e compreensão.  
E estão atentos a tudo, amam como ninguém,  
Sempre tentando compreender os filhos e netos.  
Parabéns aos Idosos!”

**Heloísa Abrão**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que contribuíram e me apoiaram para que eu chegasse ao fim deste percurso:

À minha orientadora Professora Doutora Margarida Ferreira, por toda a disponibilidade, acompanhamento e pela partilha de ideias e conhecimentos para o meu percurso académico e profissional e pela motivação que me incutiu.

Aos cuidadores que se disponibilizaram para a participação no estudo, e que se mostraram prestáveis e interessados, agradeço o valioso contributo para a riqueza deste trabalho, sem eles não seria possível.

À Professora Doutora Teresa Martins, Professora-Coordenadora da Escola de Enfermagem do Porto, autora do Questionário de Avaliação de Cuidadores Informais, que me cedeu autorização para aplicar a escala e me ajudou no tratamento de dados estatísticos.

À minha família, em especial à minha mãe, pai e irmão, lutadores, um exemplo de vida e coragem, o meu muito obrigada por acreditar em mim e acompanhar todos os meus passos.

À minha avó uma dedicatória especial por ser a minha fonte de inspiração.

A todos os meus amigos e colegas de estudo, pela partilha de material e pelas horas dispensadas para me ajudarem nesta caminhada.

E à pessoa mais especial da vida que me incentivou a seguir Enfermagem, ao meu avô, que hoje é a estrela mais bonita que se encontra no céu! A ti uma obrigada do fundo do coração.

## **PENSAMENTO**

Ao meu avô, que está no céu, que foi por ele que surgiu este interesse e sonho de ser enfermeira.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

AAVD- Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD- Atividades da Vida Diária

CI- Cuidador (es) Informal (ais)

*cit. in* – citado em

*et al* – há três ou mais autores e só está citado o primeiro

INE – Instituto Nacional Estatística

IVP – Implicações Vida Pessoal

MEC – Mecanismos de Eficácia e Controlo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCI – Pessoa Cuidador(a) Informal

PIC - Pessoa Idosa Dependente

QASCI- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RE – Reações Exigências

SE – Sobrecarga Emocional

SF – Sobrecarga Financeira

SPF – Satisfação com o papel e o familiar

SupF – Suporte Familiar

UFP – Universidade Fernando Pessoa

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
I. FASE CONCEITUAL .....	4
1. O problema de investigação .....	4
2. Domínio da investigação .....	5
3. Questões pivot e questão de investigação .....	5
4. Objetivo da investigação .....	6
5. Revisão da Literatura .....	8
i. Perspetiva do envelhecimento em Portugal.....	9
ii. Dependência do idoso .....	11
iii. Cuidador Informal e Cuidados Informais.....	13
iv. Sobrecarga do Cuidador Informal .....	15
v. Dimensões e níveis de sobrecarga.....	17
vi. Cuidados de enfermagem ao cuidador informal.....	19
II. FASE METODOLÓGICA .....	21
1. Desenho de investigação .....	21
2. Tipo de estudo .....	22
3. População, Amostra e Amostragem .....	22
4. Variáveis em estudo .....	24
5. Instrumento de recolha de dados .....	24
6. Tratamento e Apresentação de Dados .....	29
7. Salvaguarda dos princípios éticos .....	30
III. FASE EMPÍRICA .....	32
1. Apresentação, Análise, Interpretação e Discussão dos Dados .....	32
i. Caracterização da Amostra .....	33
CONCLUSÃO.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49

Anexo I

Anexo II

Anexo III

Anexo IV

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela nº1 – Distribuição da amostra segundo o género .....	33
Tabela nº2- Distribuição da amostra segundo a idade .....	34
Tabela nº3- Distribuição da amostra segundo a Estado civil.....	34
Tabela nº4. Distribuição da amostra relativamente às habilitações literárias. ....	35
Tabela nº5- Distribuição da amostra relativa à Situação Profissional .....	37
Tabela nº6. Distribuição da amostra relativa à relação com o CI.....	38
Tabela nº7. Distribuição da amostra relativamente ao tempo que é CI.....	39
Tabela nº8. Distribuição da amostra relativamente à média de quantas horas por semana dedica a prestação de cuidados. ....	39
Tabela nº9. Distribuição da amostra relativamente se mais alguém colabora .....	40
Tabela nº 10- Análise descritiva da sobrecarga dos CIs de acordo com as 7 dimensões .....	41
Tabela nº11. Análise descritiva da sobrecarga geral dos CIs .....	42
Tabela nº 12 - Avaliação do grau de dependência dos indivíduos .....	45

## INTRODUÇÃO

No decorrer da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP), foi proposta a elaboração de um projeto de graduação como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. Assim, o tema deste trabalho de investigação intitula-se “*A sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente, em contexto domiciliário*”.

A investigação detém um papel importante no estabelecimento de uma base científica para conduzir a prática dos cuidados (Fortin, 2009). A investigação em enfermagem surge com Florence Nightingale, cujas ideias centrais da sua conceção são a promoção da saúde e a prevenção da doença. É uma vertente que urge desenvolver para que a encruzilhada seja benéfica, com o intuito de cuidar melhor dos que nos rodeiam; somos, afinal, pessoas que cuidam de pessoas.

A escolha do tema deve-se ao facto de a investigadora ter a perceção que é um tema particularmente preocupante, tendo em conta o aumento da população idosa na nossa sociedade, o aumento de doenças crónicas e incapacitantes e a necessidade de se olhar para o cuidador como alguém que também necessita de ser cuidado.

Tendo em consideração os autores Chau (2012), com a diminuição da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade observada em Portugal leva a que cada vez mais o país tenha um envelhecimento populacional.

As pessoas idosas são as que apresentam maiores problemas de saúde ficando muitas vezes com alguns défices relacionados com as patologias apresentadas tendo a necessidade de ter um prestador de cuidados para que as competências funcionais do individuo seja parcialmente ou totalmente substituídas como pode ser observado pela investigadora durante os seus campos de estágio e noticiados diversas vezes nos meios de comunicação.

O cuidador informal é o principal responsável, na maior parte do tempo, pelo apoio ao idoso dependente, nomeadamente na satisfação das necessidades básicas e nas AVD, não tendo uma formação específica nem sendo remunerado (Rocha e Pacheco, 2013).

A vida dos cuidadores informais sofre várias alterações ao nível das relações familiares, no trabalho, situação económica, u tempo de lazer e na sua própria saúde e estado de ânimo. Tendo em consideração esta autora, a família e o cuidador informal tem que ter um reajuste a nível emocional, a nível físico e a nível social que pode levar ao conflito e ao desgaste (Marques (2007).

A vida do Cuidador Informal sofre um grande impacto a partir do momento em que este se assume como o principal cuidador, por isso, de acordo com (Sarmiento, 2010), hoje não existem dúvidas de que o desempenho do papel de cuidador informal exerce influência na sua vida pessoal, familiar e social, podendo resultar em tensão, fadiga, frustração, constrangimento, redução de interação social, alteração da autoestima, entre outros aspetos.

Tendo em conta que o desempenho do papel do cuidador informal enfoca em vários aspetos mencionados anteriormente, este projeto tem como objetivo geral “Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho”

Trata-se de um estudo quantitativo de carácter descritivo, transversal, composto por uma amostra de 30 cuidadores informais de idosos dependentes, de ambos os géneros, residentes no Concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho. O processo de amostragem foi não probabilístico por bola de neve. Para colheita de dados utilizado com a aplicação de um Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) da autoria de Martins et al (2003) e Índice de Barthel de Wadde e Collin (1988), para avaliar a capacidade funcional e a limitação nas ABVD (atividades básicas de vida diária) dos sujeitos alvo dos cuidados.

O presente estudo divide-se em três partes fundamentais, sendo a especificidade de cada uma inerente as necessidades sentidas e com conteúdo igualmente relevante na concretização do mesmo. A fase concetual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objetivos e a fundamentação teórica acerca do tema em questão. Segue-se a fase metodológica onde são evidenciados os processos metodológicos da investigação tais como o tipo de estudo, as variáveis, população e amostra bem como as considerações éticas e o instrumento de recolha de dados. Por



fim apresenta-se a fase empírica onde se apresenta a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

De acordo com os resultados recolhidos, chega-se a conclusão que os fatores *SF*, *SE*, e *IVP* apresentam uma sobrecarga elevada, o fator *Sup\_F* apresenta uma ausência de sobrecarga e os fatores que representam subescalas positivas apresentam valores elevados tendo por isso uma sobrecarga baixa. Calculando a sobrecarga total, podemos verificar que existe uma sobrecarga moderada apesar de os fatores positivos amenizarem a sobrecarga dos fatores negativos.

## **I. FASE CONCETUAL**

A fase concetual é uma etapa fundamental no processo de investigação. É através dela que surge o levantamento de uma problemática e conseqüente busca de resposta, o que faz naturalmente gerar conhecimento (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), a fase concetual visa “definir os elementos de um problema.” Por conseguinte, no decorrer da mesma: “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.”

Fortin (2009, p. 49) defende que a fase concetual:

“(...) compreende cinco etapas: 1) a escolha do tema; 2) a revisão da literatura; 3) a elaboração do quadro de referência; 4) a formulação do problema; 5) o enunciado do objetivo das questões de investigação e das hipóteses”.

### **1. O problema de investigação**

De acordo com Fortin (2009), a investigação consiste num método que por excelência permite ao investigador adquirir novos conhecimentos. É, portanto, um método que permite encontrar respostas para questões precisas. Consiste em descrever, explicar, em prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Para Coutinho (2014), formular o problema de investigação é fundamental porque define uma direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras e guia a revisão da literatura para a questão central. Sendo assim, para este Projeto de Investigação, a problemática que se encontra em estudo é “A sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente.”

Face ao exposto a problemática em estudo versa “Avaliar sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente”.

## **2. Domínio da investigação**

O domínio é: o aspeto geral do problema que se quer estudar. Pode representar-se em atitudes, comportamentos, crenças, populações, problemas clínicos particulares, observações, conceitos, etc., e advirem de diversas fontes (Fortin, 2009).

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos do interesse do investigador impulsionando-o a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. Escolher o tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes (Fortin, 2009). A mesma autora diz ainda que o tema de estudo “está frequentemente ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais” (Fortin, 2009, p.67).

Habitualmente, nesta fase o investigador escolhe um tema geral, que vai melhorando ou aprimorando de acordo com a revisão bibliográfica efetuada, permitindo a formulação precisa do problema. Por sua vez o problema de investigação articula-se com a questão precisa (Fortin, 2009).

Neste âmbito, o tema delineado para este estudo centra-se na “Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente”

## **3. Questões pivot e questão de investigação**

A questão de investigação é um ponto crucial para o desenrolar de toda a investigação. A partir daqui o investigador orienta a sua investigação de forma a atingir os objetivos pretendidos. De acordo com Ribeiro (2010), a questão de investigação constitui um elemento basilar do início de qualquer investigação.

Uma questão de investigação é um enunciado claro e não equívoco que precisa dos conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009). Afirma ainda que a questão pivô é uma interrogação que procede o tema de estudo e o situa num certo nível de estrutura”.

Segundo a mesma autora a questão de investigação incluiu usualmente uma ou duas variáveis (Fortin, 2003). A mesma autora refere que a questão de investigação consiste num enunciado interrogativo, redigido no presente que abarca habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.

Deste modo, a pergunta de partida definida para este estudo é: *“Qual a sobrecarga geral, dos cuidadores informais de idosos dependentes, do concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho?”*

De acordo com Fortin (2009, p.101) “(...) as questões de investigação decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico e determinam as outras etapas do processo de investigação”, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Qual a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal, da pessoa idosa dependente do concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho?
- Quais as implicações na vida pessoal do cuidador informal, da pessoa idosa dependente do concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho?

#### **4. Objetivo da investigação**

O autor refere que depois das questões de investigação prossegue-se a formulação dos objetivos de investigação, em que estes servem para responder às questões de investigação (Ribeiro, 2010, p.34).

O objetivo de um estudo é descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado (Fortin, 2009). É um enunciado declaratório que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

Definiu-se como objetivo geral deste projeto de investigação:

- Avaliar a sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente, no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho;

Como objetivos específicos:

- Caracterizar sócio demograficamente o cuidador informal da pessoa idosa dependente, no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho;
- Identificar a sobrecarga física, social e emocional no cuidador informal da pessoa idosa dependente, no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho;
- Identificar a sobrecarga na vida pessoal do cuidador informal da pessoa idosa dependente, no concelho de Santo Tirso, freguesia de Vilarinho.

## 5. Revisão da Literatura

Uma investigação tem sempre um ponto de partida que vai de encontro à problemática e à questão imposta, que necessita de uma explicação ou compreensão de determinada incidência (Fortin, 2009).

A mesma autora afirma que a revisão bibliográfica é imprescindível em todas as etapas da concetualização da investigação, no sentido em que ela antecede, acompanha ou segue a formulação de questões de investigação.

Fortin (2009), é perentória realçando que a revisão da literatura é imprescindível não só para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa do estado atual dos conhecimentos sobre um determinado tema, das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

A revisão da literatura segundo a opinião de Fortin (2009, p.87):

(...) uma revisão da literatura apresenta um agrupamento de trabalhos publicados e relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação (...).

Deste modo procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou se literatura científica indexada nas bases de dados: Web of Science e Scientific Electronic Library Online (SciELO), recorrendo a palavras chaves como: cuidador informal, idoso, dependência, sobrecarga.

Recorreu-se também a pesquisa em livros e trabalhos científicos.

## **i. Perspetiva do envelhecimento em Portugal**

O envelhecimento pode ser entendido por um processo inevitável constituído por várias mudanças ao nível biológico, psicológico e social ao longo do ciclo vital. O mesmo, constitui alterações progressivas a nível físico e mental em associação à idade cronológica do indivíduo (Sequeira, 2010)

Na mesma linha de pensamento, Jordão (2013) considera que o envelhecimento é definido por um conjunto de processos que acontecem no organismo após a fase de desenvolvimento. Desta forma, um idoso necessita não somente de cuidados individuais, mas também de atenção da sociedade (Moreira *et al.*, 2017).

O envelhecimento implica múltiplas alterações de índole fisiológica, cognitiva e social e considera-se um processo individualizado, mas também universal e irreversível (Abrunheiro, Apóstolo e Pinto, 2015).

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso (Sequeira, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS *cit in* Martins, 2014), considera-se que uma pessoa é idosa quando tem 65 e mais anos, enquanto nos países em desenvolvimento, é considerada idosa a pessoa com 60 ou mais anos.

Antunes (2017), refere que o envelhecimento é de certa maneira influenciado. Partindo deste contexto, as dinâmicas educativas, devem assentar no sentido holístico, instruindo os sujeitos numa perspetiva proativa e emancipadora, dotando-os de saberes/conhecimentos, comportamentos/attitudes e capacidades fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido, o que obriga a um trabalho multidimensional e coletivo, considerando a educação impulsionadora de mudanças da realidade individual e coletiva.

O envelhecimento traduz-se na diminuição das capacidades de adaptação e às agressões à vida. A avaliação da velocidade do processo de envelhecimento é de extrema importância. O processo de envelhecimento surge acompanhado de um declínio leve na função cognitiva (Brigola *et al.*, 2015).

No entender de Carvalho (2013), este envelhecimento decorre, por um lado, da diminuição da fertilidade e da natalidade e por outro, do aumento da longevidade que origina mudanças na estrutura da população jovem, adulta e idosa. O mesmo é sublinhado por Jacob (2011), que explica que a gravidade não está no aumento de esperança média de vida, porque isso decorre da melhoria das condições de vida, mas antes no decréscimo acentuado da fecundidade, o que está a resultar na diminuição da renovação da população.

Os resultados prospetivos do INE (2017), não deixam grandes margens para dúvidas a este propósito: a população portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá continuar a fazê-lo de modo particularmente intenso. Importa sublinhar que mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios continuem positivos no futuro, a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080. Considerando este cenário, o acréscimo mais acentuado a um progressivo aumento de esperança de vida.

“No final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2017, p. 4).

A proporção de idosos em Portugal é superior à média dos Estados Unidos, sendo o quarto país com maior peso de idosos, apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália, sendo o envelhecimento da população considerado como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (Instituto Nacional Estatística, (INE, 2017). Em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade, comparativamente com 16% em 2001 (INE, 2012). Sendo que em 2017, o número de idosos sobe para um rácio de 153,2% e o nível de dependência para 54,4% (INE,2017).



## **ii. Dependência do idoso**

A interpretação de dependência pode ser entendida como algo que engloba diferentes vertentes da vida do homem, tais como a sua autonomia física, psicológica e social (Moraes, 2010).

O comprometimento da dependência acarreta uma nova ordem na vida quotidiana dos idosos que precisam de encontrar formas de ajustes e de adaptação para conviver com essa condição, pois o envelhecimento caracteriza-se por transformações importantes que modificam a vida dos idosos, exigindo que elaborem novas estratégias a nível pessoal, físico, corporal, social e cultural para dar um novo sentido à sua vida (Lima, *et al.*, 2016).

Pereira (2008), refere que a dependência não implica por si só o aspeto físico e funcional do indivíduo, englobando em si várias dimensões que acabam por estar interligadas entre si. O segundo pilar, da multicausalidade, refere-se aos aspetos que estão na origem, na manutenção e/ou na progressão da dependência, podendo ser factores físicos, psicológicos e contextuais.

Uma pessoa é considerada dependente quando necessita de ajuda de terceiros para realizar as atividades vida diária (AVD), o que abrange uma série de atividades onde o desempenho é necessário para a pessoa manter o seu autocuidado e ser um membro ativo na sociedade. As AVDs referem-se “ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (MCEER, 2011).

Para se perceber se a pessoa é ou não dependente é necessário analisar se esta carece de apoio nas atividades básicas vida diária (ABVD), nas atividades instrumentais vida diária (AIVD), nas (Atividades Avançadas de Vida Diária) AAVD, ou em ambas. As ABVD correspondem aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas, avaliando as funções de sobrevivência e por isso, dizem respeito a atividades dirigidas ao cuidado pessoal como a higiene pessoal (banho, por exemplo), controlo da eliminação vesical e intestinal (controlo de esfíncteres e uso dos sanitários), vestuário, alimentação, locomoção e transferência (transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama) (MCEER, 2011).

As AIVD traduzem-se em atividades mais complexas como as atividades domésticas ou comunitárias: preparar refeições, fazer as tarefas domésticas, lavar a roupa, gestão financeira, usar o telefone, tomar a medicação, fazer compras e utilizar os meios de transporte (MCEER, 2011).

As AAVD referem-se a atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação, sendo de referir que dificuldades em participar neste tipo de atividade pode não ser indicativo de perda da funcionalidade atual, mas sim o risco de perdas futuras (MCEER, 2011).

Conforme Gil (2010), o aumento do envelhecimento demográfico resultou no estabelecimento de novas subdivisões na população idosa - *reformados, terceira idade e dependência* - e os termos para designar pessoas dependentes, isto é, que carecem de cuidados de terceiros, foi-se modificando ao longo do tempo, decorrente das distintas políticas sociais e respetivas estratégias: *incurável, inválido, doentes crónicos e dependentes*.

O índice de Katz é utilizado para a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), tendo sido desenvolvido para ser usado em doentes institucionalizados. Este índice é constituído por seis atividades de vida diária como: banho; vestir-se; ir à casa de banho; mobilidade; controlo de esfíncteres e alimentação (Sequeira, 2010).

O índice de Lawton-Brody é um dos instrumentos utilizados para avaliar as atividades instrumentais vida diárias (AIVD), que são necessárias para viver na comunidade e para poder relacionar-se com os outros. São mais complexas que as atividades de vida diárias (AVDs) e geralmente os indivíduos perdem com maior frequência estas atividades. Este índice compreende oito tarefas que são: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro (Sequeira, 2010).

Gil (2010), afirma que a taxa de anos que os indivíduos do sexo masculino podem viver sem incapacidade é maior que a dos indivíduos do sexo feminino, o que permite aferir que ainda que as mulheres vivam mais tempo que os homens, estas vivem com mais incapacidades.

### **iii. Cuidador Informal e Cuidados Informais**

O envelhecimento, como já foi referido anteriormente, é um processo biológico inevitável caracterizado por perdas de funções motoras e sensoriais, provocando uma diminuição de mobilidade e funcionalidade impossibilitando-o de ter uma vida autónoma (Almeida, 2015). Como tal o indivíduo fica incapacitado de realizar AVDs, aparecendo assim um elemento que fica responsável pelo idoso, ao qual denomina-se por cuidador informal.

Segundo Garcia *cit in* Branco (2015), o ato de cuidar implica promover, supervisionar, conservar, substituir, sendo que isto só acontece pela responsabilidade, atenção e empenho do cuidador. Além disso defende que não se resume apenas a satisfazer necessidades básicas de vida diária, mas de todo o apoio que se presta em situações de dependência física, emocional e social e ainda gestão da doença.

Grelha (2009), considera uma aprendizagem constante o “cuidar” o idoso dependente no domicílio tendo em conta as necessidades físicas e biológicas e o grau de dependência do idoso.

Quando se fala de cuidar, fala-se de prestar cuidados ao outro e assim sendo, a pessoa que cuida deve ter em conta as necessidades da pessoa cuidada e dar-lhe atenção, afeto, dedicação, sendo cautelosa e responsável, pois o objetivo de cuidar é ajudar a pessoa que carece de cuidado e contribuir para o seu bem-estar e autonomia (Pereira, 2014).

A família é assim entendida por um grupo de pessoas ligadas por consanguinidade, grau de parentesco, relações emocionais e legais, tal como outros laços significativos (Concelho Internacional de Enfermeiros, 2009). Pressupõe-se que a família é a principal fonte de apoio às pessoas que se encontram no domicílio, quer na prestação de cuidados diretos, como no apoio psicológico e nos contatos sociais, independentemente da idade da pessoa a cuidar e da idade do cuidador (Sequeira, 2017).

Segundo Lima *et al*, (2016), “a família que encara o cuidado ao idoso sozinho enfrenta inúmeras dificuldades financeiras. Além disso, a aceleração do ritmo de vida na atualidade, onde todos homens e mulheres, precisam de trabalhar dificulta o cuidado ao idoso”.

Para Rossi (2015), o Cuidador Informal (CI) foi definido como aquele que cuida mais próximo, durante mais tempo, e que colabora dentro das suas possibilidades com as atividades de vida em que o idoso é dependente, de uma forma não remunerada, independente de sua formação de base ou experiência de vida.

Os CI estão presentes na vida da pessoa ajudando-o nos cuidados pessoais. Os motivos que se prendem com a tarefa de cuidar do outro são os laços de sanguinidade (pais, irmãos), o dever moral (heranças familiares) ou social, a gratidão, por se sentir bem em cuidar o familiar de quem gosta, sentimento de culpa por situações anteriores ou mesmo para evitar o julgamento da sociedade por não acompanhar o familiar (Faria, 2013).

Também, Sequeira (2017), está em concordância com o autor anterior, aludindo que o CI é a pessoa responsável (elemento da família, amigo, vizinho ou outro) que presta cuidados preferencialmente no domicílio.

Quanto à designação de CI é resultante de uma dinâmica dirigida por quatro fatores, particularmente o grau de parentesco, seguindo-se o género, a proximidade física e por último, a proximidade afetiva (Jordão, 2013).

O CI pode ser considerado principal/primário, sendo considerado aquele sobre o qual era consignada a maior ou total responsabilidade pelos cuidados prestados ao dependente no domicílio. Os cuidadores secundários são aqueles que realizam atividades complementares às desempenhadas pelo cuidador principal, e podem ser familiares, voluntários da comunidade e profissionais. Portanto, o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados ocasionalmente ou regularmente, contudo não possui a responsabilidade de cuidar, prestando apenas apoio ao cuidador principal (Caldas, 2011)

Ainda que frequentemente haja mais que um cuidador, há sempre um que assume a responsabilidade maior, mais próxima e mais duradoura e, como tal, é denominado de cuidador principal (Rocha e Pacheco, 2013). É o cuidador que realiza a maioria dos cuidados e sobre quem se deposita a responsabilidade da prestação dos mesmos por ser este quem supervisiona, orienta e acompanha e/ou cuida da pessoa dependente (Sequeira, 2010).

Cardoso (2011), refere que na escolha do prestador de cuidados, existem vários fatores que influenciam um familiar assumir-se como CI tais como afetividade entre o idoso dependente e o prestador de cuidados, sentimentos de obrigação, resignação, impossibilidade de escolha, inexperiência e relacionamento pré-existente.

Porém a literatura assume que maioritariamente, os CI são pessoas do sexo feminino, refletindo assim a posição que a mulher assume na família culturalmente, prolongando assim o seu papel de mulher, mãe e dona de casa. Além disso o familiar que se assume como principal prestador de cuidados, é por norma alguém com maior proximidade física ou coabita com a pessoa dependente nomeadamente conjugue, filha, neta ou nora (Cardoso, 2011).

O cuidar de alguém responsabiliza o prestador de cuidados, por responder às necessidades da pessoa dependente que perdeu a sua capacidade funcional. Para tal, o CI assume novos encargos quer a nível emocional, físico e/ou psicológico que colocam em risco equilíbrio dinâmico da família (Cardoso, 2011).

A função de cuidador informal prolonga-se no tempo e usualmente é sempre o mesmo familiar a assumir esse papel, constatando-se que poucos idosos intercalam entre as casas de diversos familiares e quando isso se verifica, na maioria dos casos os idosos circulam entre as casas dos filhos e a troca dá-se mensalmente (Gemito, 2015).

#### **iv. Sobrecarga do Cuidador Informal**

O conceito de sobrecarga (burden) é entendido como um conjunto de consequências que acontecem na sequência de um contacto próximo com um idoso dependente com/sem dependência (Moreira, 2015).

Segundo Martins (2015), sobrecarga é referida como uma perturbação que resulta do conviver contínuo com a dependência física e/ou incapacidade mental da pessoa que depende dos cuidados e da atenção do cuidador. A mesma autora considera ainda que a sobrecarga “corresponde à perceção subjetiva das ameaças relativas às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador”. Rego (2016), alude que a sobrecarga se reporta ao combinado de consequências que acontecem na sequência de um contacto próximo com um idoso dependente.

A sobrecarga é um conjunto de problemas a nível físico, a nível psicológico e a nível socioeconómico que surge com o decorrer da prestação de cuidados (Pereira, 2015). Também Cardoso (2011), refere que a sobrecarga é resultante do papel de cuidador e tem repercussões a nível físico, emocional, social e financeiro.

A elevada carga horaria no cuidar, associado a toda a dinâmica pessoal e familiar envolvente, contribui para um grau elevado de sobrecarga pessoal. Os níveis de sobrecarga elevados traduzem-se num risco acrescido em desenvolver doenças crónicas, diminuição da capacidade na prestação de cuidados (Cardoso, 2011).

Também Cardoso (2011), afirma que o cuidado continuado está associado a fatores geradores de stress que predispõe o CI em maior risco de desenvolver patologias semelhantes à pessoa dependente como artrite, hipertensão arterial, doenças coronárias, processos dolorosos, modificações no sistema imunológico, dispepsia, entre outros.

Pereira (2014), refere que a sobrecarga subsequente ao exercício do papel de prestar cuidados à pessoa com dependência começa a tornar-se cada vez mais visível, sendo um problema recorrente na generalidade dos CIs. Frequentemente os CIs, entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da autoestima entre outros. Esta sobrecarga ou tensão, pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador.

O ato de cuidar é torneado por vários sentimentos, sejam sentimentos ambivalentes, dificuldades e sofrimento ou superação e motivação, mas que acabam por refletir o dia-dia dos cuidadores (Couto et al, 2016).

O ato de cuidar constitui um enorme desafio por implicar um tempo que é dedicado ao dependente, pelo esgotamento físico, financeiro (pelos custos associados ao cuidar e/ou diminuição do rendimento familiar) e pela sobrecarga emocional a que o cuidador está sujeito. Em última instância quem cuida também necessita de cuidados, uma vez que cuidar é uma tarefa árdua e exigente (Mata e Rodríguez, 2012).

## v. Dimensões e níveis de sobrecarga

A sobrecarga é resultante do papel de cuidador e tem repercussões a nível físico, emocional, social e financeiro (Cardoso, 2011) *cit in* (Souza e Rua, 2013).

O conceito de sobrecarga envolve a dimensão objetiva e subjetiva. A primeira refere-se às consequências observáveis geradas pelo papel de cuidador, como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional, perdas financeiras, realização de tarefas, entre outros. A segunda dimensão remete-se ao aspeto subjetivo da sobrecarga reportando-se às perceções, preocupações, sentimentos negativos e incomodo gerados por se tornar cuidador de um idoso dependente (Sequeira, 2010; Kebbe, 2014).

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2015), refere que, Portugal apresenta a taxa de cuidados domiciliários informais mais elevada da Europa, e também a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários, com uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais.

O exercício da função de cuidar informalmente não conduz apenas a repercussões negativas, dado que existe, simultaneamente, um conjunto de ganhos ou de repercussões positivas decorrentes da assunção deste papel (Couto *et al.*, 2016).

São consequências positivas do cuidar que representam um impacto positivo no cuidador: o reconhecimento social e familiar acaba por estimular o cuidador a desempenhar o seu papel e a prosseguir com o mesmo, a satisfação pessoal cimentada pela realização pessoal, bem-estar e dignidade da pessoa cuidada (Almeida, Gonçalves, e Antunes, 2015). Entre os sentimentos considerados positivos acima referidos acrescenta-se o carinho e estabelecimento de laços com a família, solidariedade, gratificação do papel desempenhado, compromisso e bem-estar (Couto *et al.*, 2016).

São consequências negativas, a prestação de cuidados a idosos dependentes, quando prestados por um longo período de tempo, pode resultar em elevados níveis de desgaste físico, emocional e social do cuidador informal. Ao nível da saúde podem identificar-se danos físicos, associados à prestação direta de cuidados nas atividades da vida da pessoa dependente (cuidados de higiene e mobilizações, correndo o risco

de se tornar numa rotina extenuante), podendo originar mudanças no sistema imunitário, perturbações do sono, problemas gastrointestinais, fadiga, alterações psicológicas como o stress, o burnout, depressão, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares. Os cuidadores sentem frequentemente cansaço físico, lombalgias, tendinites e cefaleias (Gonçalves, 2012).

A nível emocional, as repercussões do cuidador informal podem conduzir também a consequências em diferentes dimensões vitais como danos para a saúde considerando-se a categoria com mais impacto sobre o cuidador, envolvendo problemas como a ansiedade ou mesmo quadros de depressão nas relações sociais e económicas (Sequeira, 2010)

Os danos nas relações sociais são criados pelos familiares (detioração das relações e diminuição das relações familiares) e extrafamiliares (redução das relações sociais do cuidador e redução da participação social na comunidade) (Garcia, 2010).

Sousa (2011), que relativamente à sobrecarga social, esta também é considerada uma dimensão geradora de stress, uma vez que a vida social do CI também se mostra afetada. A falta de tempo disponível para cuidar de si próprio, associado ao sentir-se física e psicologicamente condicionado ao cuidado do doente com dependência, pode contribuir para sentimentos de culpa nestes CIs ao pensarem em si próprios.

No que se refere a sobrecarga a nível económico, alguns autores referem que também o nível socioeconómico parece influenciar os níveis de sobrecarga, um menor nível económico predispõe a maior sobrecarga, uma vez que um baixo rendimento familiar, acrescido de condições habitacionais precárias afetam os níveis de sobrecarga do CI (Sousa, 2011).

Quanto aos custos na economia, as famílias têm de redistribuir os seus recursos económicos e humanos para responder a situações de dependência, que podem exigir habitação adaptada, comprar ajudas técnicas ou deixar o trabalho por tempo indeterminado, existindo, portanto, cortes diretos (gastos inerentes aos cuidados como o pagamento de diferentes serviços) e indiretos (como receitas médicas e diminuição de produtividade no emprego) (Garcia, 2010).



Sousa (2011), menciona que a depressão e a ansiedade são dois problemas significativos para a maioria dos cuidadores. De realçar que estes surgem associados à presença de sintomas como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza, à qual se junta a progressiva dependência do idoso, a redução do tempo livre e da ausência de apoio aos cuidadores.

São ainda escassos os serviços específicos de apoio às famílias prestadores de cuidados aos idosos. Algumas medidas e equipamentos existentes são apenas algumas formas indiretas de apoio, uma vez que tentam criar condições conducentes à manutenção do idoso no seu seio familiar. Alguns autores referem no que diz respeito ao apoio financeiro, que os cuidados não são objeto de qualquer medida de apoio (Sousa, 2011).

As necessidades dos cuidadores informais são muitas e podem ser enquadradas em diferentes categorias, entre as quais se destacam as necessidades materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços), emocionais (suporte emocional, grupos de apoio, etc.) e informativas (como realizar os cuidados, adaptações ambientais e arquitetónicas, direitos, deveres, etc.) (Sousa, 2011).

#### **vi. Cuidados de enfermagem ao cuidador informal**

O papel do enfermeiro torna-se essencial à pessoa dependente e ao cuidador que vivenciam um processo de transição, fornecendo-lhes segurança e confiança necessária para ultrapassar a crise (Ferreira, 2013).

A finalidade deve estar presente na mente do profissional de saúde quando planeia uma intervenção num cuidador é salvaguardar a integridade física e emocional através de “(...) apoios formais; programas psicoeducativos, grupos de ajuda; intervenções psicoterapêuticas” (Grelha, 2009, p. 50). A mesma autora considera ainda que os cuidadores devem ser ouvidos de modo a detetar suas necessidades diagnosticando os focos de atenção.

Pereira (2012), alude que a avaliação do familiar cuidador constitui um processo que deverá passar pela identificação das necessidades, pelo planeamento, pela implementação e avaliação. Desta forma os enfermeiros, devem assegurar cuidados de enfermagem no domicílio, na vertente da promoção da saúde e prevenção da doença e na vertente curativa e reabilitadora, tanto ao idoso dependente como ao seu cuidador (Gonçalves, 2012).

Grelha (2009, p. 47), refere que os cuidadores informais necessitam de “informação/ formação/ acompanhamento dos mesmos” de modo a facilitar o desenvolver das tarefas/ atividades, principalmente dos mais idosos devido as dificuldades que apresentam.

É fundamental responder às necessidades das famílias nomeadamente com procedimentos preventivos e psicoeducativos que ajudem na antecipação das tarefas normativas dos diferentes estádios da doença permitindo ainda um maior domínio na compatibilização da atenção às exigências da doença e às suas vidas (Jordão, 2013).

Outras medidas que poderiam ser implementadas na intervenção perante o cuidador segundo Grelha (2009), são a formação adequada, prevenção de lesões, redução do *stress*, ensinar a planear as suas tarefas de modo a ter uma gestão melhor do tempo, proporcionar sistemas de apoio de modo a que num momento de dificuldade possa recorrer à ajuda.

Gonçalves (2012, p. 38), refere que a bibliografia demonstra que “grupos de suporte e programas educativos permitem a diminuição do *stress*, da depressão, e da ansiedade do cuidador”. A mesma autora (2012, p. 39), diz ainda que estes programas fazem com que haja uma redução do isolamento, mobilização de recursos e de suportes de ajuda, aumentar o conhecimento sobre o envelhecimento e sobre as patologias associadas, melhorar a capacidade do cuidador para resolução de problemas e a direcionar os problemas.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite analisar fenómenos com vista a alcançar respostas para questões precisas que merecem uma investigação.

No decorrer da fase metodológica o investigador demarca os métodos que vai utilizar para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2009).

De acordo com a mesma autora, a fase metodológica encontra-se subdividida em diversas etapas sendo elas: o desenho de investigação; definição de população alvo e da amostra; a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamentos de variáveis e a escolha de métodos de colheita e análise de dados.

### **1. Desenho de investigação**

O desenho da investigação é um plano realizado pelo investigador de forma a conquistar as respostas às questões da investigação. De acordo com Fortin (2009), o desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar uma estrutura, que permita investigar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação direciona o investigador na planificação e na execução do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos.

Ribeiro (2010), refere que os desenhos e os métodos de investigação constituem uma das partes de qualquer estudo. Estes permitem, ou não responder à questão de investigação colocada no início, que permite recolher informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), de modo adequado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspetos mais relevantes da investigação. Tendo em conta estes pressupostos o desenho de investigação é composto por o tipo de estudo, as variáveis, a população selecionada, o instrumento e método de recolha de dados e tratamento dos mesmos.

## **2. Tipo de estudo**

O tipo de estudo escolhido para a realização deste estudo é dentro do paradigma quantitativo, descritivo e transversal.

Vilelas (2009, p. 103), refere na sua obra que:

“Os estudos quantitativos admitem (...) que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. (...) visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações”.

Na perspetiva de Fortin (2003, p.22), defende que:

“O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, (...) baseado na observação (...) fenómenos que existem independentemente do investigador”.

Fortin (2009, p.221), refere que:

“...os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou concetualizar uma situação”. O mesmo autor, explica que (...) “o desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e para encontrar relações entre variáveis”.

Entende-se ainda que o presente estudo é do tipo transversal, visto que: “(...) Serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema num dado momento” (Fortin, 2009. p.224).

## **3. População, Amostra e Amostragem**

Todo o trabalho científico exige rigor e precisão. Desta forma é fundamental escolher a população a estudar, ou seja, os elementos que a compõe com base nos critérios estabelecidos para o estudo.

Assim, Fortin (2009, p.310-311), define população alvo como um “conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

Segundo Hulley (2008, p.43), população “é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características”.

Neste estudo a população é constituída por cuidadores informais de idosos dependentes, no concelho de Santo Tirso.

De acordo com Fortin (2009, p.312):

“A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes e em todos os elementos da amostra”. Para Hulley (2008, p.43), a amostra é um subconjunto da população.

A amostra do presente estudo é constituída por trinta cuidadores informais do idoso dependente, da freguesia de Vilarinho, concelho de Santo Tirso, que cumpram os critérios de inclusão definidos para o estudo.

Nesta investigação o processo de amostragem utilizado foi o não probabilístico por «bola de neve» Fortin (2009, p. 322-323), porque, segundo a mesma autora (2009, p.208) é “(...) um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”

Desta forma, o processo de amostragem por bola de neve pretende que os inquiridos selecionados convidem novos participantes da sua rede de contactos, tal como a autora (2009) refere:

“(...) uma vez que o investigador encontrou sujeitos que respondem aos critérios de inclusão, ele pede que indiquem outras pessoas que possuam as mesmas características pelas quais foram escolhidas”.

Segundo Fortin (2009), este método é menos fiável e poderá tornar a amostra suscetível de não ser representativa, contudo este risco poderá ser minimizado aplicando critérios de inclusão mais específicos.

Hulley (2008, p. 47), define os critérios de inclusão como sendo “características principais da população-alvo relacionadas à questão de pesquisa”. Assim definiu-se como critérios de inclusão: ser capaz de ler e escrever; ser cuidador informal há mais de 6 meses, de idosos com dependência.

#### **4. Variáveis em estudo**

De acordo com a Fortin (2009, p. 171), “(...) as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”.

Fortin (2009), considera que numa investigação pode se classificar as variáveis segundo o papel que desempenham, podendo ser independentes, dependentes, de investigação, de atributos e estranhas.

A mesma autora (2009, p. 172), refere:

“As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra”.

As variáveis de atributo que estão presentes neste estudo são: o género, a idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados, quantas horas por semana se dedica à prestação de cuidados, se mais alguém colabora na prestação de cuidados.

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar (Fortin 2009, p. 171). Neste estudo as variáveis de investigação são: sobrecarga do cuidador informal: física, emocional, e social.

#### **5. Instrumento de recolha de dados**

Para efetuar a escolha de um método de colheita de dados, é necessário procurar um instrumento de medida adequado as definições concetuais das variáveis em estudo (Fortin, 2009, p. 369). O mesmo autor considera que para se realizar a colheita de dados pode ser de diversas formas, entre elas o questionário.

Segundo a mesma autora, o questionário é:

“É um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões. (...) O questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (2009, p. 380).

O instrumento de recolha de dados selecionado para a concretização deste projeto foi o questionário. Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou criar-se um novo questionário por parte do investigador (Fortin, 2009). Na elaboração de um questionário, devem ser colocadas no início do mesmo as “(...) instruções claras sobre a forma de responder aos diferentes tipos de questões” (Fortin, 2009).

Os materiais utilizados na presente investigação foram: (1) Questionário Sociodemográfico; (2) Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003); (3) Índice Barthel (Wadde e Collin, 1988).

Como qualquer método de recolha de dados, o questionário possui vantagens e desvantagens. Este método é menos dispendioso e permite recolher informação com alguma rapidez. Além disso, garante o anonimato dos questionados e fornece dados suficientes para testar uma hipótese. Por outro lado, não pode ser aplicado a toda a população, é de difícil conceção e tem problema em motivar os interrogados (Fortin, 2009). O questionário utilizado neste estudo, (Anexo III).

O questionário apresentado aos CIs encontra-se organizado em 2 partes. Na parte inicial, encontra-se uma breve introdução que apresenta o tema em estudo, os objetivos e as notas explicativas sobre o preenchimento do questionário. Posteriormente, aborda-se a confidencialidade do estudo, bem como a importância da colaboração, de cada participante na investigação, seguida da caracterização sociodemográfica. Integra nove questões, destinadas a caracterizar a amostra segundo: género, idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados, quantas horas por semana se dedica à prestação de cuidados, se mais alguém colabora na prestação de cuidados, (Anexo III).

A segunda parte, inerente ao Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) este destina-se a avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos CIs de idosos com dependência. (Anexo III)

O QASCI integra 32 itens, avaliados através de uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5, aos quais o sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para o seu caso (1- não/nunca; 2- raramente; 3- às vezes, 4- quase sempre; e 5- sempre). De acordo com Martins e colaboradores (2003), estes 32 itens distribuem-se por 7 fatores que constituem 7 subescalas:

(1) *Sobrecarga emocional relativa ao familiar – SE – (4 itens: 1-4);* refere-se às emoções negativas evidenciadas no CI, capazes de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação (Exemplo de um item: 1- “*Sente vontade de fugir à situação em que se encontra?*”);

(2) *Implicações na vida pessoal do cuidador – IVP – (11 itens: 5-15);* avalia repercussões sentidas por estar a cuidar do familiar, como a diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social (Exemplo de um item: 5 – “*Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a tomar conta do seu familiar?*”);

(3) *Sobrecarga financeira – SF – (2 itens: 16-17);* refere-se às dificuldades económicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro (Exemplo de um item: 17 – “*Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a tomar conta do seu familiar?*”);

(4) *Reações e exigências – RE – (5 itens: 18-22);* abrange sentimentos negativos como a perceção de ser manipulado ou a experiência de embaraço ou ofensa com os comportamentos manifestos por parte do familiar (Exemplo de um item: 21 – “*Sente-se manipulado pelo seu familiar?*”);

(5) *Mecanismos de eficácia e controlo – MEC – (3 itens: 23-25);* integra aspetos que habilitam ou que são facilitadores para o CI continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do seu papel (Exemplo de um item: 25 – “*Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?*”);



(6) *Suporte familiar – SupF* – (2 itens: 26-27); associa-se com o reconhecimento e o apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar (Exemplo de um item: 27 – “*Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?*”);

(7) *Satisfação com o papel e com o familiar – SPF* – (5 itens: 28-32); compreende os sentimentos e as emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de CI e da relação afetiva estabelecida entre ambas as partes (Exemplo de um item: 28 – “*Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?*”).

Os últimos três fatores (*MEC*, *SupF* e *SPF*) constituem forças positivas na dinâmica do estudo, ou seja, quanto maior o valor, menor é o nível de sobrecarga. Deste modo, em termos de cotação, as pontuações de todos os itens que formam estes 3 fatores foram invertidas no cálculo de sobrecarga geral, para que os valores mais altos correspondessem a situações de maior sobrecarga e os valores mais baixos a situações de menor sobrecarga (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

Desta forma, as pontuações finais de cada subescala apresentam valores homogêneos e comparáveis, todos os itens foram somados e, seguidamente, foi-lhes aplicado uma fórmula para que no final se pudesse obter uma leitura em percentagem comparável (valores de 0 a 100) daquilo que cada fator se propõe a medir.

A análise efetuada pela autora da escala, a mesma sugere o seguinte: o valor 0 indica ausência de sobrecarga; de 1 a 25 sugere uma sobrecarga ligeira; de 25 a 50 corresponde a uma sobrecarga moderada; de 50 a 75 indica uma sobrecarga grave. Uma pontuação acima de 75 corresponde a uma sobrecarga extremamente grave.

Relativamente ao procedimento de recolha de dados, para a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi solicitada autorização, via e-mail, à sua autora Professora Doutora Teresa Martins. Esta autorização foi concedida (Anexo IV).

Como já foi referido anteriormente, a terceira parte, inerente ao Índice de Barthel, desenvolvido por Wadde e Collin (1988), este índice avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. (Anexo III)

A cotação deste instrumento situa-se entre 0 e 100 pontos, sendo a pontuação inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência. Estabelecem-se assim os seguintes graus de dependência.

O Índice de Barthel foi aplicado para o diagnóstico do grau de comprometimento do idoso nas atividades básicas de vida diária. O índice é composto por 10 atividades básicas de vida diária, apresentadas a quatro níveis de dependência. (o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação).

Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, flutuando a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte:

- 90-100 pontos - Independente;
- 60-89 pontos- Ligeiramente dependentes;
- 40-55 pontos- Moderadamente dependentes;
- 20-35 pontos - Severamente dependentes;
- <20 pontos – Totalmente dependentes

A recolha de dados ocorreu durante duas semanas (4 de julho a 18 de julho de 2018). Para tal, os sujeitos foram selecionados de acordo com os métodos e critérios de inclusão acima definidos. O questionário foi entregue em mão e preenchido na presença da investigadora para que os participantes pudessem esclarecer alguma dúvida que surgisse durante o seu preenchimento.

Em relação ao pré-teste, a investigadora teve o intuito de verificar a validade e fidedignidade e operacionalidade do instrumento em pesquisa, e de modo a testar se é adequada a sua utilização como instrumento de pesquisa, deve ser aplicado um pré-teste.

Fortin (2009), descreve o pré-teste como “(...) a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20

peças) da população alvo”.

Apesar de a bibliografia salientar a necessidade de realização de um pré teste, sendo o QASCI um questionário já testado e validado em Portugal, não foi necessário recolher ao mesmo.

## **6. Tratamento e Apresentação de Dados**

De acordo com Fortin (2009), “O tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas (...). A escolha (...) depende, em grande parte, da função que as variáveis preenchem numa investigação (...)” Uma vez efetuada a recolha dos dados, procedeu-se à análise estatística tendo por base a estatística descritiva.

Neste sentido após recolha de dados procedeu-se à codificação dos questionários seguindo-se a construção de uma base de dados, recorrendo ao programa Microsoft Office Excel – Versão de 2013, para introdução dos dados recolhidos por questionário. Posteriormente estes dados foram tratados pela estatística descritiva.

Numa investigação os dados reunidos precisam de ser organizados e analisados e, como na maioria das vezes tomam uma forma numérica, procede-se à sua análise estatística (Coutinho, 2014).

Coutinho (2014, p. 62), considera “(...) que a função da análise estatística é “... transformar os dados em informação” e é precisamente para isso que ela nos serve”.

De acordo com Fortin (2009), utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos análises de conteúdo, procedendo-se de seguida à sua análise, interpretação e posteriormente à comunicação dos resultados. Ainda segundo a mesma autora, o método selecionado para a análise dos dados deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo.

Fortin (2003, p.277), refere ainda que:

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”.

Os dados serão apresentados com recurso a medidas de tendência central que é a média, à moda e mediana. Uma medida de dispersão que é o desvio de padrão, para além do máximo e mínimo dos diferentes resultados.

## **7. Salvaguarda dos princípios éticos**

Segundo Hulley (2008), as investigações que envolvam indivíduos acabam por gerar algumas preocupações éticas. O mesmo autor nomeia três princípios éticos fundamentais (2008) quando a investigação está relacionada com seres humanos. Esses três princípios são: o Princípio do Respeito à Pessoa, o Princípio da Beneficência e o Princípio da Justiça.

Segundo Hulley (2008, p. 243), o Princípio do Respeito à Pessoa obriga a que: “os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade”.

Tendo em conta o que o autor refere, a investigadora garantiu este princípio entregando o consentimento informado instituído pela comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa e explicando de forma simples e clara os objetivos e finalidades deste estudo.

Hulley (2008, p. 243), considera que o Princípio da Beneficência: exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios.

A investigadora garantiu este princípio explicando o fundamento do estudo e garantindo que nenhum dado que identifique o inquirido seja revelado.

De acordo com Hulley (2008), o Princípio da Justiça consiste em que os benefícios sejam distribuídos de modo justo pelos dois envolvidos, inquirido e investigador. O mesmo autor (2008, p. 244), acrescenta que os grupos vulneráveis, como aqueles com

acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, não detêm aptidão de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa.

De acordo com o referido autor, a investigadora respeitou este princípio tendo em conta que explicou com a finalidade do estudo e inquiriu apenas indivíduos que sabem ler e escrever.

Para além de ter respeitados os princípios éticos referenciados, a investigadora conjuntamente com a orientadora, enviou um projeto à comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa, obtendo um parecer favorável à sua realização. Os inquiridos não terão qualquer espaço no questionário que os permita identificar, terão que assinar o consentimento informado previamente (Anexo I) e os dados obtidos através do questionário ficaram na posse da investigadora sendo eliminados após 5 anos, garantindo desse modo o anonimato e a confidencialidade.

### **III. FASE EMPÍRICA**

A fase empírica corresponde, segundo Fortin (2009), à colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. É no seu decorrer que o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente.

Uma vez os resultados de investigação apresentados, as etapas seguintes consistem em interpretá-los reportando-os ao quadro teórico ou concetual e em comunicá-los (Fortin 2009, p.56).

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, com intuito de eleger aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado à sua codificação de modo a preparar o seu tratamento estatístico.

Como foi referido anteriormente, na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva. Em relação a esta foram determinadas frequências relativas e absolutas, algumas medidas de tendência central, como o cálculo de médias, moda e mediana.

Perante estas considerações, inicia-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

#### **1. Apresentação, Análise, Interpretação e Discussão dos Dados**

Segundo Fortin (2009, p. 410), a análise descritiva de dados é “(...) o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes”, tratando-se como refere (p.329) de “(...) uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador.” De acordo com o mesmo autor “É conveniente apresentar os resultados da análise dos dados em quadros e figuras, porque estes dão uma informação clara e concisa.” Defende ainda que deve ser feita inicialmente uma descrição da amostra, referindo o número de participantes e as suas características sociodemográficas (género, idade, situação profissional, escolaridade, estado civil).

## **i. Caraterização da Amostra**

A amostra do estudo é caracterizada pelas variáveis de género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, relação com a pessoa que presta os cuidados informais, tempo que está responsável pelos cuidados, quantas horas por semana se dedica à prestação de cuidados, se mais alguém ajuda na prestação de cuidados.

	Frequência absoluta	Percentagem
Masculino	7	23%
Feminino	23	77 %
Total	30 Pessoas	100 %

Tabela nº1 – Distribuição da amostra segundo o género

Da amostra de 30 CIs, verifica-se que 77% (frequência absoluta=23) é do sexo feminino e 23 % (frequência absoluta=7) é do sexo masculino (Tabela 1). Esta análise, onde a esmagadora maioria dos CIs são do género feminino, o que vai de encontro a Figueiredo (2007) que, ao definir o perfil do cuidador informal, verificou que a maioria era do sexo feminino.

Num outro estudo, constatou-se que a grande maioria de cuidadores informais são do género feminino (77%) que vai de encontro a vários estudos que referem que os cuidados informais são prestados essencialmente por mulheres. De facto, os dados que têm vindo a ser analisados apontam para que o cuidar seja desempenhado no feminino o que evidencia que a sociedade através do seu peso cultural veicula o papel de cuidar às mulheres, sejam estes os cônjuges, filhas, noras ou netas do dependente (Custódio, 2011).

Idade						
Média	Moda	Mediana	Máximo	Mínimo	Variância	Desvio padrão
50	50	50	54	45	7,266667	2.741759

Tabela nº2- Distribuição da amostra segundo a idade

A média de idades dos CIs é de 50 anos, a moda é de 50 anos, sendo que o cuidador mais novo tem 45 anos e o mais velho 54 anos (Tabela 2).

Tendo em conta que a esmagadora maioria dos CIs são mulheres, esta média de idades também vai de encontro ao que Figueiredo (2007), sublinhou ao definir o perfil de cuidador informal, para além do género, também verificou que tinham idades entre os 45 e os 60 anos.

Martins (2014), refere que a sobrecarga física, emocional e social está diretamente relacionada com as características do cuidador, como seja a idade, sexo, escolaridade, processos simultâneos de doença, dificuldades económicas, falta de apoio dos serviços de saúde e vinculação ao cuidar.

Estado civil	Frequência absoluta	Percentagem
Solteiro (a)	0	0
União de facto	0	0
Separado(a)	0	0
Casado(a)	30	100
Divorciado(a)	0	0
Viúvo(a)	0	0
<b>Total</b>	30	100

Tabela nº3- Distribuição da amostra segundo a Estado civil



Conforme exposto na tabela 3, 100% (frequência absoluta =30), são todos casados.

Estes dados vão de encontro a vários trabalhos desenvolvidos com amostras semelhantes como, o estudo de Pera (2012), com uma amostra de 52 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer e outras demências, no qual 69,2%, dos cuidadores são casados. Num outro estudo com 78 cuidadores informais de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande 70,8% são casados (Ricarte, 2009).

Habilitações literárias	Frequência absoluta	Percentagem
Menos de 4º ano (Não sabe ler nem escrever)	0	0 %
Menos de 4º ano (sabe ler e escrever)	0	0 %
4º Ano	15	50 %
6º Ano	9	30 %
9º Ano	3	10 %
12º Ano	3	10 %
Licenciatura	0	0 %
Outros	0	0 %
Total	30	100 %

Tabela nº4. Distribuição da amostra relativamente às habilitações literárias.

Conforme exposto na tabela 4, a maioria dos inquiridos frequentaram até ao 1 ciclo de ensino básico (4ºano) 50% (frequência absoluta=15), 30% quem frequentou 2º Ciclo do Ensino Básico (6ano) (frequência absoluta=9), 10% quem frequentou o 3º ciclo de ensino básico (9ano) (frequência absoluta=3), e 10% para quem frequentou o ensino secundário (12ano) (frequência absoluta=3).

Estes dados permitem concluir, que de acordo com os critérios de inclusão, todos os participantes da amostra sabiam ler e escrever.

Ao nível das habilitações literárias 38% terminou o 1º ciclo, sendo que 22% concluíram respetivamente o 2º e 3º ciclo. Sendo que esta ordem descendente se mantém também no estudo de Sousa *et al.* (2012). O resultado com menor representatividade foi quem nunca frequentou o ensino (4% da amostra). Também no estudo de Santos (2008), realizado com 30 cuidadores informais de idosos dependentes, 3,33% da amostra nunca frequentou o ensino.

De acordo com Martins (2014), o nível de escolaridade é outro aspeto associado ao nível de sobrecarga percecionado pelos cuidadores. Cuidadores com maior nível de escolaridade habitualmente apresentam menor sobrecarga, uma vez que têm mais facilidade em manifestar as suas dificuldades.

Situação Profissional	Frequência absoluta	Porcentagem
Empregado a tempo inteiro	0	0%
Empregado a tempo parcial	3	10%
Desempregado	24	80%
Doméstica(o)	3	10%
Reformado(a)	0	0%
Outro	0	0%
Total	30	100%

Tabela nº5- Distribuição da amostra relativa à Situação Profissional

Conforme exposto na tabela 5, a maioria dos inquiridos estão desempregados 80% (frequência absoluta =24), 10% empregado a tempo parcial (frequência absoluta =3), 10% dos inquiridos que são domésticos (frequência absoluta =3).

Também Pera (2012), obteve maior representatividade de reformados, embora com (38,5%), ainda é de realçar que em contraste com as percentagens obtidas nesta amostra o grupo com menor dimensão no estudo de Pera (2012), foram os desempregados, contudo o contexto de recolha de dados remonta ao ano de 2012 sabendo-se que atualmente o contexto de crise circunscreve-se ao panorama nacional.

Parentesco	Frequência absoluta	Porcentagem
Conjuge	0	0%
Companheiro(a)	0	0%
Genro	3	10%
Nora	12	40%
Filhos(as)	15	50%
Amigo(a)	0	0%
Irmão(a)	0	0%
Vizinho(a)	0	0%
Neto(a)	0	0%
Outro(a)	0	0%
Total	30	100%

Tabela nº6. Distribuição da amostra relativa à relação com o CI

Conforme exposto na tabela 6, a maioria dos inquiridos são filhos(as) 50% (frequência absoluta =15), 40% são noras (frequência absoluta =12), 10% são genros (frequência absoluta =3).

Os resultados obtidos vão de encontro com Martins (2006); Cardoso (2011), quando afirmam que o principal prestador de cuidados que se assume como tal, é por norma alguém com maior proximidade física ou coabitante com a pessoa dependente nomeadamente conjuge, filha, neta ou outro.

São vários os determinantes que contribuem para que a família se assuma como o cuidador principal, no que diz respeito à realidade portuguesa, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 61), explicam que a tradição cultural portuguesa atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Santos (2008), obteve 46,7% para filhos (as), 30% para os cônjuges e 10% para as noras/genros. Noutro estudo já anteriormente referenciado constatou-se que os filhos representam 50,5% e os cônjuges 32,4% (Sousa et al., 2012). Também Pera (2012), apresenta com 50% as filhas como cuidadoras, seguidos dos cônjuges com 44,2% e as noras, irmãos e netos exibem, cada um deles, 1,9 %. Ainda para comparação Ricarte (2009), apresentou 50,0% dos cuidadores como sendo os filhos/filhas, 21,8% são cônjuges, e com 7,7% nora/genro. O grau de parentesco é outro fator relevante.

Tempo que está responsável pela prestação de cuidados	Frequência absoluta	Percentagem
Menos de 10 meses	3	10%
Entre 10 a 12 meses	0	0
Entre 1 a 5 anos	25	83%
Mais de 5 anos	2	7%
<b>Total</b>	30	100%

Tabela nº7. Distribuição da amostra relativamente ao tempo que é CI

Conforme exposto na tabela 7, a maioria dos inquiridos estão a cuidar entre 1 a 5 anos(as) 83% (frequência absoluta =25), 10% menos de 10 meses (frequência absoluta =3), 7% mais de 5 anos (frequência absoluta =2).Um estudo com 46 cuidadores informais de idosos dependentes atingiu um resultado no que concerne à duração de cuidados o grupo mais representado em outros estudos, foi, igualmente, a entre 1 a 5 anos (Custódio, 2011; Pera, 2012).

Quantas horas por semana se dedica à prestação de cuidados	Frequência absoluta	Percentagem
0 a 8 horas	3	10%
9 a 20 horas	0	0
21 a 40 horas	25	83%
Mais de 41 horas	2	7%
<b>Total</b>	30	100%

Tabela nº8. Distribuição da amostra relativamente à média de quantas horas por semana dedica a prestação de cuidados.

Conforme exposto na tabela 8, a maioria dos inquiridos estão a cuidar entre 21 a 40 horas 83% (frequência absoluta =25), 10% entre 0 a 8 horas (frequência absoluta =3), 7% mais de 41 horas (frequência absoluta =2).

Como referem Várzeas, Saraiva e Cunha (2017, p.23), o cuidar torna-se numa sobrecarga desgastante quando se prolonga por longos períodos de tempo isto deve-se devido ao acumular diversas situações que resultam da prestação de cuidados.

Colaboração de outras pessoas na prestação de cuidados	Frequência absoluta	Percentagem
Sim	30	100%
Não	0	0
<b>Total</b>	30	100

Tabela nº9. Distribuição da amostra relativamente se mais alguém colabora

Conforme exposto na tabela 9, todos os inquiridos têm família a colaborar com eles 100% (frequência absoluta =30)

Foram observados resultados semelhantes, num estudo realizado por Pera (2012), possuindo uma elevada proporção de cuidadores com ajuda da família (82,7%), sendo esta prestada maioritariamente pelas filhas.

Os cuidadores secundários são aqueles que realizam atividades complementares às desempenhadas pelo cuidador principal, e podem ser familiares, voluntários da comunidade e profissionais (Caldas, 2011). Portanto, o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados ocasionalmente ou regularmente, contudo não possui a responsabilidade de cuidar, prestando apenas apoio ao cuidador principal.

Subescalas	Número	Máximo	Mínimo	Média	Desvio Padrão
SE	30	62,5	50	60,42	4,74
IVP	30	63,6	47,7	56,42	4,70
SF	30	75	50	69,17	10,75
RE	30	25	15	20,17	2,07
PMEC	30	50	--	50	0
Sup_F	30	--	0	0	0
SPF	30	50	0	5	15,26

Tabela nº 10- Análise descritiva da sobrecarga dos CIs de acordo com as 7 dimensões

De acordo com a presente tabela (10) os quatro factores negativos ordenados por ordem decrescente de score é a seguinte: Sobrecarga financeira (M=64,17); Sobrecarga emocional (M=60,42); Implicações na vida pessoal (M=56,42); Reações e Exigências (M=20,17).

No que diz respeito aos três factores positivos a sua ordenação de forma decrescente é a seguinte: Mecanismo de eficácia e controlo (M=50); Satisfação com o papel e com o familiar (M=5); Suporte Familiar (M=0).

Atendendo aos pontos de corte sugeridos pela autora do QASCI, Professora Doutora Teresa Martins, e tendo em conta que os últimos 3 factores (*MEC*, *SupF* e *SPF*) são positivos, verifica-se na Tabela 10 que a média de sobrecarga obtida pode ser categorizada em 4 níveis distintos

- com uma média entre os valores 50 a 75 correspondente a uma sobrecarga grave, (II) com uma média entre os valores 25 a 50 correspondente a uma sobrecarga moderada e (III) com uma média entre valores 1 e 25 correspondente a uma sobrecarga ligeira e (IV) com o valor 0 correspondente ao valor de ausência de sobrecarga.

Neste sentido, o primeiro nível com uma média entre 50 e 75 indicativo de uma sobrecarga grave encontram-se 3 factores, SE, IVP, SF, tendo o valor mais elevado SE (M=69,17), o fator SF assume o valor mais elevado indicativo de uma sobrecarga grave para os CI em geral que integram a amostra deste estudo.

No segundo nível com médias entre os 25 e 50, indicativas de uma sobrecarga moderada, situa-se o fator com subescala negativa (*MEC*).

No terceiro nível com média entre 1 e 25 indicativa de uma sobrecarga ligeira, situam-se 2 factores (RE) e (SPF) com média de RE (M=20,17) e SPF (M=5).

No quarto nível com o valor 0 correspondente a ausência de sobrecarga situa-se o fator SupF.

Análise descritiva da sobrecarga geral dos CIs			
Média	Máximo	Mínimo	Desvio padrão
37,31	69,17	0	28,2999

Tabela nº11. Análise descritiva da sobrecarga geral dos CIs

Analisando os dados obtidos na Tabela 11 e tendo em conta os pontos de corte sugeridos pela autora do QASCI, verifica-se que a média de 37,31 pode ser categorizada como sobrecarga moderada dos cuidadores.

Em relação aos valores máximo (69,17) e mínimo (0) de sobrecarga obtidos, podemos categorizá-los em 2 níveis distintos: (I) com uma pontuação entre de 25 a 50 correspondente a uma sobrecarga moderada e (II) com uma pontuação com valor 0 correspondente a uma sobrecarga ausência de sobrecarga.

Através da análise descritiva o fator de sobrecarga emocional (SE) parece ser o fator indicativo de maior sobrecarga – neste caso grave (60,42%) -no que concerne à sobrecarga emocional, física e social dos CIs. Este resultado pode ser explicado pelo facto de nos CIs estarem frequentemente com sentimentos de culpa por saturação em relação à pessoa cuidada, e/ou pensa que não está a fazer tudo o que pode relativamente ao seu papel. Segundo Cardoso (2011), sinais como a irritabilidade, a



insónia, as alterações de humor, o aumento da ingestão de álcool ou outras drogas assim como o isolamento social podem revelar que o cuidador está a sofrer com a sobrecarga emocional.

A este factor sucede-se os fatores de implicações da vida pessoal (*IVP*), no caso deste factor a sobrecarga grave – (56,42%) apresentada pelos CIs que leva ao elevado dispêndio de tempo na prestação de cuidados, e/ou vigilância e acompanhamento dos doentes, retirando assim aos CIs atividades, tais como sociais, o bem de cuidar de si mesmo e dos seus, todos estes aspetos podem contribuir para conflitos familiares que aumentem a sobrecarga.

Gonçalves (2012) considera que os sentimentos depressivos (tristeza, frustração e inquietação) estão relacionados com a ausência de apoio, pouco tempo livre para o cuidador, o aumento da dependência do idoso à medida que o tempo vai avançando, as preocupações e ansiedade relativas à própria saúde e com a saúde do idoso, os conflitos familiares que possam surgir e a falta de tempo no geral.

No caso do factor sobrecarga financeira (*SF*), verifica-se uma sobrecarga grave (69,17%), o que revela que a maioria dos CIs tem dificuldades financeiras, às necessidades requeridas pela pessoa dependente, tornam-se cada vez mais exigente, criando bastante dificuldade na gestão financeira. De acordo com Cardoso (2011), a sobrecarga financeira, aumenta quando o cuidador abandona a sua profissão para cuidar exclusivamente da pessoa dependente porque vai entrar menos dinheiro em casa e as despesas normalmente são maiores.

Em relação às reações e exigências (*RE*) só (20,17%) é que tem episódios de manipulação, e de ofensa do doente face ao CI – ausência de sobrecarga. A maioria dos CIs não estão sobrecarregados com sentimentos de manipulação por parte do doente, com sentimentos de ofensa e embaraço.

Cardoso (2011) menciona que grande parte dos cuidadores informais abandonaram a sua atividade profissional ou diminuíram a carga horária ou ainda necessitaram de usufruir de dias de férias para dar resposta às exigências de ser cuidador.

Já nos mecanismos de eficácia e controlo (*MEC*), metade dos cuidados revelam ter uma sobrecarga grave (50%) a nível em enfrentar os problemas decorrentes do processo de cuidar. No suporte familiar todos os cuidadores com média de (0%) = ausência de sobrecarga – que permite avaliar o reconhecimento e suporte familiar percebido da parte do CI. O facto de a pessoa cuidada demonstrar agrado pela forma como é cuidado, torna-se um reconhecimento de todo o trabalho desempenhado, tornando-se numa recompensa e motivação para dar continuidade a esse trabalho, isto na satisfação com o papel e com o familiar (5%) – ausência de sobrecarga.

Os resultados, permitem inerir que a maioria dos CIs predispõe mecanismos de *coping* mais ou menos eficazes para lidarem com o seu papel e que se mostram mais ou menos satisfeitos com o suporte familiar prestado e com o desempenho do seu papel.

Custódio (2011), através de um estudo realizado, no qual participaram 46 cuidadores informais de idosos dependentes, procurou avaliar a sobrecarga e as estratégias de *coping* dos mesmos. O autor divulga que a maior parte dos cuidadores tem a percepção de alguma eficácia das estratégias utilizadas; quanto mais estratégias o cuidador utiliza para superar as suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso menor é a sobrecarga da relação interpessoal com o idoso; quanto mais estratégias a este nível maiores são as expectativas do cuidador no referente aos cuidados prestados ao idoso.

Martins (2014), alude à necessidade de providenciar o bem-estar do cuidador do idoso dependente uma vez que a qualidade de vida do idoso dependente está relacionada ao bem-estar daqueles que têm a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades de cuidados.

Torna-se necessário, dar mais atenção a estes CI principalmente por profissionais de saúde, tendo em vista a melhoria das suas capacidades e intervenções na pessoa cuidada, bem como estratégias para superar os riscos inerentes a esta situação.

Para um estudo mais complexo, torna-se importante também, as características das pessoas dependentes que recebem os cuidados, foi aplicado o Índice de Barthel para percebermos esses atributos.

Ao concluir o estudo de validação supracitado, conclui-se que este é um instrumento fiável, que permite a avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva.

<b>Grau de dependência dos indivíduos</b>	Frequência absoluta	Porcentagem
Independente	0	0%
Ligeiramente Dependente	0	0%
Moderadamente Dependente	0	0%
Severamente Dependente	5	5%
Totalmente Dependente	25	25%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabela nº 12 - Avaliação do grau de dependência dos indivíduos

Da amostra da população em estudo, 25 pessoas são totalmente dependes e 5 severamente dependentes. De acordo com este estudo com o índice de Barthel apurou-se que a nível de dependência dos indivíduos a ser cuidados, cerca de 5% são severamente dependentes, e 25% totalmente dependentes.

Num outro estudo verifica-se que 46,4% apresentam dependência total, 20,3% dependência severa, 19,0% dependência moderada e 14,3% independente (Machado, 2012).

## CONCLUSÃO

A Investigação Científica é uma atividade que procura conhecimentos que, por um lado, visa conhecer e compreender melhor a realidade e, por outro, é fundamental para o progresso do mundo e desenvolvimento de novas teorias. A investigação está frequentemente à procura de resultados, e para isso exige persistência, isenção, rigor e uma grande responsabilidade ética.

A concretização deste estudo, revelou-se essencial, permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos quer ao nível do tema em estudo, bem como na elaboração de um trabalho de investigação, ficando assim perceptível a importância da temática para a área de enfermagem.

Relativamente aos resultados da investigação, é fundamental perceber que devem ser entendidos à luz dos objetivos propostos e do enquadramento teórico que estruturou todo o estudo.

Com esta investigação, pretendeu-se avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes, na freguesia de Vilarinho, sendo que de uma forma mais específica, procurou-se caracterizar sócio demograficamente o cuidador informal da pessoa idosa dependente, conhecer o grau de dependência do idoso nas atividades de vida diária, identificar a sobrecarga física, social e emocional no cuidador informal, bem como identificar a sobrecarga na vida pessoal do cuidador informal da pessoa idosa dependente.

Através dos dados obtidos averiguou-se que o perfil do cuidador informal é: mulher (77%), com uma média de idade de 50 anos, casadas, desempregadas (80%), com baixa escolaridade.

Na maior parte dos casos, os cuidadores informais são filhos (50%) e noras (40%) que mantêm maior proximidade física ou coabitante com a pessoa dependente, dos quais 83% prestam cuidados entre 1 a 5 anos, a cuidar entre 21 a 40 horas por semana. Portanto, inferiu-se que os cuidadores informais prestam cuidados há um número bastante significativo de anos, por um período bastante longo e com uma carga horária diária bastante intensa.

Constatou-se que os idosos que integram o estudo apresentam um elevado grau de dependência quer nas atividades básicas quer nas atividades instrumentais de vida diária. Sendo estas umas das principais características das síndromes demenciais, fica notória a necessidade de cuidados e de auxílio em quase todas as atividades.

Os resultados recolhidos, permitem concluir que os Cuidadores Informais apresentam sobrecarga total moderada (37,31%).

No que diz respeito a identificar a sobrecarga física, social e emocional no cuidador informal da pessoa idosa dependente, dados reunidos, possibilitam expor que os fatores de maior peso responsáveis pela sobrecarga física, emocional e social são: *SE*, *IVP*, *SF* contribuirão para a sobrecarga moderada. e os fatores que representam subescalas positivas apresentam valores elevados tendo por isso uma sobrecarga baixa.

Finalmente, pode dizer-se que o suporte familiar e institucional aos cuidadores informais de idosos dependentes é claramente insuficiente, sendo estas variáveis bastante implicadas na sobrecarga sentida.

Podemos apurar com a realização desta investigação, que os cuidadores informais sofrem repercussões significativas na sua vida, durante o processo de cuidar de uma pessoa idosa dependente, visíveis nos domínios físico, emocional e mental e mesmo na sua vida pessoal, uma vez que esta atividade exige por parte dos cuidadores uma dedicação muito grande ao idoso cuidado, não restando tempo para outras atividades.

Esta temática é pertinente, deve fazer parte das preocupações dos profissionais de saúde. Torna-se importante termos consciência que é necessário cuidar de quem cuida, tentando manter um equilíbrio.

Com a realização deste estudo permitiu concluir que a maioria dos dados obtidos, que se encontram em concordância com a literatura consultada.

Este trabalho, como qualquer outro estudo de investigação, não esteve isento de dificuldades, e o facto de ter sido o primeiro trabalho de investigação realizado até ao momento acarretou um acréscimo destas, devido à inexperiência na área da investigação. No entanto, essas dificuldades foram ultrapassadas, conseguindo dar resposta aos objetivos propostos inicialmente.

A realização deste estudo contribuiu para o desenvolvimento do gosto pela investigação, para o desenvolvimento de competências nesse mesmo âmbito e para o aprofundamento de conhecimentos sobre os temas abordados.

É de referir o carácter enriquecedor em termos pessoais e como futura profissional de Enfermagem, pelas competências desenvolvidas a nível de investigação e pela realidade percecionada ao nível da comunidade. Esses mesmos conhecimentos poderão ser utilizados futuramente no desenvolvimento de novos estudos, ou até nesta mesma investigação, com tempo mais alargado por forma a estudar-se uma amostra maior extensível a outras faixas etárias. É de salientar que nos encontramos numa sociedade cada vez mais aberta e colaborativa, o que permitiria intervir localmente em articulação/colaboração autarquias, entre outras, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença na população e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Abrunheiro, S. F., Apóstolo, J. L. A., e Pinto, (2015). *Vivendo o envelhecer: uma perspetiva fenomenológica*. Coimbra, Portugal.
- ✓ Almeida, M., Gonçalves, L., e Antunes, L. (2015). *Idosos que cuidam de idosos: motivações, dificuldades, necessidades e estratégias para cuidar em ambiente familiar*. Coimbra, Portugal.
- ✓ Almeida, A. C. S. (2015). *Nível de Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador Informal*. Instituto Politécnico de Viseu. Portugal.
- ✓ Brigola, A.G. et al (2015) *Subjective memory complaints associated with depression and cognitive impairment in the elderly: A systematic review*. *Dementia e Neuropsychology*, 9(1), pp. 51-57.
- ✓ Caldas, C. P. (2011). *O Idoso em Processo de Demência: o impacto na família*. (2ª reimpressão). [Em linha]. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>> [consultado a 4/07/2018]
- ✓ Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Universidade Católica Portuguesa, Porto
- ✓ Carvalho, M. (2013). *Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento*. In Carvalho, M. (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 1-12). Lisboa: Pactor Editora.
- ✓ Chau, F., et alii (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência Ativação e Qualidade*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ Cerqueira, Maria. M (2015). *Pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados no sofrimento*. *Novas Edições Académicas*. ISBN 978-3-8417-1145-8
- ✓ Couto, A. M., do, Castro, E. A. B. de, e Caldas, C. P. (2016). *Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment*. *Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), pp. 76–85.

- ✓ Concelho Internacional de Enfermagem (2009): *Notas sobre Enfermagem: Um guia para os cuidadores na atualidade*. Editora Lusociencia. Lisboa. Portugal.
- ✓ Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra.
- ✓ Custódio, J. (2011). *A Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Instituto Superior Miguel Torga.
- ✓ Direção Geral da Saúde, e Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020* [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>> [consultado a 5/07/2018]
- ✓ Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. [Em linha]. Disponível em <[https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=1335](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1335)> [consultado a 5/07/2018]
- ✓ Faria, R. M. (2013). *Avaliação da Aqualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Formais e Informais*. Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília.
- ✓ Ferreira, I. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Dissertação de Mestrado. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- ✓ Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- ✓ Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.Aveiro:UA Editora.
- ✓ Garcia, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. (1). Madrid. [Em linha] Disponível em <[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=6](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=6)> [consultado em 07/07/2018]



- ✓ Gemitto, M. (2015). O Quotidiano dos Cuidadores Informais de Idosos. *RIASE*, 1(2), 139-144.
- ✓ Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- ✓ Gonçalves, E. (2012). *Dependência Dos Idosos No Domicílio e Sobrecarga Dos Cuidadores – Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação*. Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- ✓ Grelha, P. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário – Estudo Sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Lisboa, Universidade de Lisboa.
- ✓ Hulley, S. B., et alii (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, ARTMED EDITORA, 3ªed.
- ✓ Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas de saúde 2012*. Lisboa: INE;
- ✓ Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas de saúde 2017*. Lisboa: INE;
- ✓ Jordão, C. (2013). *Relações de cuidado: Sobrecarga no Cuidador Informal e flexibilidade familiar na doença de Alzheimer*. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- ✓ Jacob. L, Fernandes. L (2011). *Ideias para o envelhecimento ativo*. Almeirim, Edição Rutis.
- ✓ Kebbe, L. M., L. M., Rôse, L. B. R., Fiora , R. C., e Carre. A, (2014). *Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar*. *Saúde em Debate*, 38(102), pp. 494-505.
- ✓ Lima. P. et al. (2016) *Envelhecer com dependência funcional: Construindo estratégias de enfrentamento*”. 17 (2): pp. 96-101.
- ✓ Machado, S. (2012). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho das suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no concelho de Santana*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira, Portugal.

- ✓ Mata, M. A. P. Da, e Rodríguez, M. T. V. (2012). *El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal*. *Primasocial*, (8), pp. 333–357.
- ✓ Manual de Estilo de Elaboração de Trabalhos Científicos . [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt>> [Consultado em 02/06/18].
- ✓ Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra, Formasau
- ✓ Martins, T.; Ribeiro, J. e Garret, C, (2003). Estudo da Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 131-148.
- ✓ Martins, C. S. G., Corte, A. E. M. & Marques, E. M. B. G. (2014). *As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), pp. 177-184. [Em linha] Disponível em <[http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_177.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_177.pdf)> [ Consultado a 6/07/2018]
- ✓ Martins, T., *et alli* (2015) Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal *In: Revista da escola de Enfermagem*. (Ed. 49). São Paulo, Journal Office School of Nursing.
- ✓ Moraes, E. N. de, Moraes. F.L de, Lima,S. de P.P. (2010). *Características biológicas e psicológicas do envelhecimento*. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1), pp. 67– 73. [Em linha] Disponível em <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>>[Consultado em 6/07/2018]
- ✓ Moreira, P. (2015). *A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso*. Universidade Fernando Pessoa, Porto
- ✓ Moreira W.C, Damasceno C.K.C.S, Vieira S.K.S.F, Campêlo T.P.T, Campêlo D.S, (2017). *Assesment of the public policies to cope with violence against the elderly*. UFPE, 10(4). pp. 13-31. [Em linha] Disponível em<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/>> [Consultado em 6/07/2018]

- ✓ Netto, M.P. (2002): *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Editora Atheneu, São Paulo.
- ✓ Oliveira, A. L. C. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente : motivos e gratificações*. Universidade de Aveiro. [Em linha] Disponível em <http://ria.ua.pt/handle/10773/3295> [consultado a 6/07/2018]
- ✓ Ordem dos Enfermeiros-MCEER. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Pera, L. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. Instituto Politécnico de Bragança
- ✓ Pereira, A. S. C. A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes : perfil, motivo e satisfação com a vida*. Universidade de Aveiro
- ✓ Pereira, D. (2012). *Avaliação Inicial do Familiar Cuidador: Estudo de Adequação de Um Instrumento*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- ✓ Pereira, S. (2014). *Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares*. Braga, Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ Pereira, S. (2015). *Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares*. Braga, Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investiação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- ✓ Rego, D. (2016). *Opinião dos Estudantes do Curso De Licenciatura em Enfermagem Sobre a Sobrecarga do Cuidador de Doentes com Dependencia Tipo de Alzheimer*.Ponte do Lima, Universidade Fernando Pessoa.
- ✓ Ribeiro, J (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3). Oliveira de Azeméis, Portugal.
- ✓ Ricarte, L. (2009) - *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Tese de Mestrado.

- ✓ Rocha, M. e Pacheco, J. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 50-56.
- ✓ Rossi E.C. Vilma et al (2015) *Perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer de uma cidade do interior de Minas Gerais*. [Em linha] Disponível em <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2220/1203>> [consultado a 10/7/2018]
- ✓ Sarmiento, E., Pinto, P. e Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação* (1ª ed.). Coimbra: Formasau
- ✓ Santos, D. I. F. A. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente : um estudo no Concelho da Lourinhã*. Universidade Aberta [Em linha] Disponível em <<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/732>> [Consultado em 08/07/2018]
- ✓ Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- ✓ Sequeira, C. (2017). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental* . (2ªed.). Lisboa, Lidel
- ✓ Sousa, A. (2011). *Quando o Cuidador é Idoso*. Tese de licenciatura, Universidade Católica Portuguesa [Em linha] Disponível em <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12009/1/Quando%20o%20Cuidador%20C3%A9%20Idoso.pdf>> [Consultado a 2/7/2018].
- ✓ Sousa, F. M., et al. (2012). *Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. Escola Superior de Enfermagem Dr José Timóteo Montalvão Machado (1). Chaves [Em linha] Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6995>> [Consultado em 6/07/2018]
- ✓ Sousa, L.; Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família* (2ª ed.). Porto: AMBAR.

- ✓ Souza, D., C. e Rua, M. (2013). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas: caminhos de mudança.*
- ✓ Várzeas, A. Saraiva, B., Cunha, L., (2017). *O Papel do Cuidador Informal no Contexto do Idoso com Demencia.* Aveiro, Universidade de Aveiro
- ✓ Vilelas, J. (2009). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento.* Lisboa, Edições Silabo, Lda.
- ✓ Wade, D. T., e Collin, C. (1988). *The Barthel Index: a standard measure of physical disability?* International Disability Studies



# **Anexo I**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a, “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo, 2000).

### *Designação de Estudo (em português):*

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do profissional)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais, e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recuar a todo o tempo a minha participação do estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o formulário, se for o caso disso, propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

*Assinatura do profissional* \_\_\_\_\_

O Investigador do responsável

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



## **Anexo II**

## **Carta de Explicação do Estudo**

No âmbito da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa - Porto, está a ser desenvolvido um estudo sobre “*A sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente, em contexto domiciliário*”. Para este estudo será feita uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Solicitamos a sua participação na presente investigação, através do preenchimento deste questionário. Responda com o máximo de rigor às questões que lhe serão colocadas, uma vez que será através das mesmas que se obterá resultados fidedignos para a conclusão deste trabalho.

Toda a informação adquirida será tratada de forma confidencial dado que as respostas são empreendidas exclusivamente para fins científicos.

A aluna de enfermagem

(Raquel Reis)

Obrigado pela sua disponibilidade e  
colaboração!

## **Anexo III**

## **PARTE I: Caraterização Sociodemográfica**

Esta primeira parte será destinada à recolha de **dados sociodemográficos** do prestador de cuidados informais. Coloque uma cruz no quadrado que estiver de acordo com a sua situação.

### **1. Género:**

Masculino

Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

### **3. Estado Civil:**

Solteiro(a)

União de Facto

Separado(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

#### 4. Habilitações Literárias:

- Menos de 4º ano (Não sabe ler nem escrever)
- Menos de 4º ano (sabe ler e escrever)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9ºano)
- 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Ano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9ºano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Ensino Superior
- Outros

#### 5. Situação Profissional

- Empregado(a) a tempo inteiro  Doméstica
- Empregado(a) a tempo parcial  Reformado(a)
- Desempregado

#### 6. Relação com a pessoa a quem presta os cuidados informais:

- Cônjuge  Genro
- Companheiro (a)  Nora
- Filho (a)  Amigo (a)
- Irmão (ã)  Vizinho (a)
- Neto (a)  Outra

**7. Há quanto tempo está responsável pela prestação dos cuidados à pessoa em questão?**

Menos de 10 meses

Entre 1 a 5 anos

Entre 10 e 12 meses

Mais de 5 anos

**8. Em média, quantas horas por semana dedica à prestação de cuidados à pessoa em causa?**

0 a 8 horas

21 a 40 horas

9 a 20 horas

Mais de 41 horas

**9. Mais alguém colabora na prestação dos cuidados à pessoa idosa? (Ex. parentes, amigos ou vizinhos)**

Sim

Não

## Parte II

### Avaliação do Impacto Físico, Emocional, Social do papel de Cuidador Informal (QASCI)

No quadro seguinte será apresentada uma lista de situações que outras pessoas, que prestam cuidados a familiares doentes, consideram importantes. Relativamente, às últimas quatro semanas, por favor indique a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

**Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada.**

<b>Sobrecarga Emocional</b>	<b>Não Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
1- <u>Sente vontade de fugir da situação</u> em que se encontra?	1	2	3	4	5
2- Considera que, <u>tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil</u> ?	1	2	3	4	5
3- <u>Sente-se cansado(a) e esgotado(a)</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4- <u>Entra em conflito consigo própria</u> por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Implicações na Vida Pessoal</b>	<b>Não Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
5- Sente que o seu <u>estado de saúde tem piorado</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6- Cuidar do seu familiar tem exigido um <u>grande esforço físico</u> ?	1	2	3	4	5
7- <u>Sente que perdeu o controlo da sua vida</u> desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8- <u>Os planos</u> que tinha feito para esta fase da vida <u>têm sido alterados</u> em virtude de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
9- Considera que <u>dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar</u> e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10- Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11- <u>É difícil planear o futuro</u> , dado que as necessidades do seu familiar são imprevisíveis?	1	2	3	4	5

<b>12-</b> Tomar conta do seu familiar dá-lhe a <u>sensação de estar preso(a)</u> ?	1	2	3	4	5
<b>13-</b> <u>Evita convidar os amigos para a sua casa</u> devido ao problema do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>14-</b> <u>A sua vida social tem sido prejudicada</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>15-</b> <u>Sente-se isolado(a)</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5



<b>Sobrecarga Financeira</b>	<b>Não Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
16- <u>Tem sentido dificuldades económicas</u> por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17- Sente que o seu <u>futuro económico é incerto</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Reacções e Exigências</b>	<b>Não Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
18- Já se <u>sentiu ofendido(a) e zangado(a)</u> com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19- Já se <u>sentiu embaraçado(a)</u> com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20- Sente que o seu familiar a(o) <u>solicita demasiado para situações desnecessárias?</u>	1	2	3	4	5
21- Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22- Sente que <u>não tem tanta privacidade</u> como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Mecanismos de Eficácia e Controlo</b>	<b>Sempre</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
23- <u>Consegue fazer a maioria das coisas que necessita</u> , apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24- Sente-se <u>com capacidade para continuar</u> a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25- Considera que tem <u>conhecimentos e experiência</u> para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Suporte Familiar</b>	<b>Sempre</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
26- A família (que não vive consigo) <u>reconhece o trabalho</u> que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27- Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>	<b>Sempre</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
28- Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29- O seu familiar <u>mostra gratidão</u> pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30- <u>Fica satisfeito(a)</u> quando o seu familiar <u>mostra agrado pelas pequenas coisas</u> (Ex: Gestos de carinho)?	1	2	3	4	5
31- <u>Sente-se mais próximo(a)</u> do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32- Cuidar do seu familiar tem vindo a <u>aumentar a sua auto-estima</u> , fazendo-o sentir-se uma <u>especial e com valor?</u>	1	2	3	4	5

**Índice de Barthel-** Esta terceira parte está reservada aos cuidados informais. Como forma de avaliar o seu grau de dependência do idoso, será aplicado o Índice de Barthel. Para isso escolha o número da opção que mais se aproxima da realidade da pessoa em causa.

<b>ATIVIDADE</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>USO DO TOILET</b> 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b> 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
<b>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b> 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminhada com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 Metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

## **Anexo IV**

Cara Ana Raquel

Porto, 21 de maio de 2018

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) no seu projeto na área da sobrecarga do cuidador informal do idoso dependentes, a desenvolver no âmbito do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Para os autores, a aplicação do QASCI em novos contextos e lugares representa uma recompensa e um contributo para que esta área de actuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de algum esclarecimento não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,

  
Teresa Martins