

Pedro Manuel Sousa Moreira

A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015



Pedro Manuel Sousa Moreira

A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015



Pedro Manuel Sousa Moreira

A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso

---

Pedro Manuel Sousa Moreira

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de licenciado em enfermagem

## **Resumo**

Este estudo teve como objetivo conhecer a sobrecarga existente nos cuidadores informais idosos.

Atualmente, é fundamental refletirmos sobre o impacto do envelhecimento demográfico da população. O aumento da população total com mais de 65 anos de idade, em detrimento da população jovem e/ou da população ativa, define o envelhecimento demográfico. Contudo, o referido aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas atividades da vida diária. Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar.

Como objetivos, o presente trabalho pretendeu caracterizar demograficamente os cuidadores informais idosos e a determinação de uma eventual sobrecarga dos mesmos.

Consiste num tipo de estudo quantitativo, descritivo e transversal, tendo sido realizado na zona do grande Porto. Utilizou como instrumento de recolha de dados o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins et al. 2003).

Dos resultados obtidos, pôde concluir-se que a maioria dos cuidadores informais idosos são do sexo feminino, com uma média de idades de 73 anos, sendo casados(as) e pensionistas. No final do estudo, verificou-se que mais de metade da amostra (52,8%) atinge valores que indicam uma sobrecarga intensa.

De salientar os fatores que se mostraram mais relevantes para a determinação dos níveis de sobrecarga. Dos cuidadores, 85,7% considera que cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico, com repostas divididas entre “sempre” e “quase sempre”.

Também se pode verificar que 71,4% dos inquiridos acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar, tendo optado pela resposta “sempre”.

Palavras-Chave: Sobrecarga, Cuidador Informal e Idoso.

## Summary

This study aimed to assess the existing overload on the elderly informal caregivers.

Currently, it's essential to reflect on the impact of demographic aging of the population. The increase of population over 65 years of age, in detriment of young and/or active population, sets the demographic aging.

However, the referred increase of longevity brings with it a higher prevalence of chronic diseases and dependency in daily life activities. Caring for the caregivers should be a concern and also a responsibility of all health professionals, so that the ones who provide it also receive it.

The present study intended to demographically characterize the elderly informal caregivers and determine a possible overload of them.

It consists of a type of quantitative, descriptive and cross-sectional study, conducted in the area of Oporto. Which used as data collection instrument, the Overloading of the Informal Caregiver Assessment Questionnaire (Martins et al. 2003).

From the results obtained, it could be concluded that most elderly informal caregivers are women with an average age of 73 years old, married and pensioners.

At the end of the study, it was found that more than half of the sample (52.8%) reaches values that indicate a severe overload.

It should be noted the factors that were more relevant to the determination of the overload levels. 85.7% of the caregivers consider that taking care of their family has required great physical effort and their responses split between "always" and "almost always."

Also it can be seen that 71.4% of respondents think that they have the obligation to take care of their family, having opted for the answer "always".

Keywords: Overload, Informal Caregiver and elderly.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho em especial á minha família. Sempre me valorizaram, apoiaram as minhas decisões, acreditaram, e dessa forma ajudaram-me muito a concretizar este sonho. Sem vocês, teria sido sem dúvida, muito mais difícil. Vocês são o meu pilar de apoio.

E a todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram ao longo deste percurso acadêmico.

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho apenas foi possível graças ao apoio e disponibilidade de diversas pessoas.

Á Professora Manuela Guerra, minha orientadora, pela confiança, apoio e disponibilidade, bem como, por todos os ensinamentos e orientações durante toda esta caminhada.

Á Enfermeira Andreia, muito obrigado pelo seu contributo na realização deste trabalho.

Agradeço a todos os cuidadores informais, cujo seu contributo foi imprescindível para a realização deste trabalho. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

A toda a minha família, em especial aos meus pais e irmã, pois sem a vossa ajuda e apoio constante tudo teria sido muito mais difícil.

Um agradecimento especial para ti Vera, minha noiva! Foste sem dúvida a minha maior força para continuar. Estiveste sempre a meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis. Conseguiste suportar a minha ausência quase constante, ao longo destes quatro anos. Sem o teu apoio incondicional, tudo teria sido muito mais difícil. Foste incansável. Muito obrigado, meu amor!

Por fim, mas não menos importante, a todos os meus amigos e colegas, camaradas de luta nesta longa batalha, por todo o apoio e amizade demonstradas ao longo deste percurso.

Muito Obrigado!

## **Pensamento**

“Há uma idade na vida  
em que os anos passam demasiado depressa  
e os dias são uma eternidade”

Virginia Wolf

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AVD's - Atividades de Vida Diárias

CI - Cuidador Informal

FC - Familiar Cuidador

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO.....  | 16 |
| I. FASE CONCEPTUAL.....  | 18 |
| 1. Definição do tema.....  | 18 |
| 2. Questão de investigação.....                                  | 20 |
| 3. Revisão bibliográfica .....                                   | 20 |
| i. A Sobrecarga do Cuidador .....                                | 21 |
| ii. O Cuidador Informal.....                                     | 23 |
| iii. O Idoso.....  | 25 |
| iii.i Alterações Funcionais e Estruturais do Envelhecimento..... | 27 |
| iv. Estudos sobre sobrecarga do cuidador informal idoso.....     | 28 |
| 4. Objetivos de Investigação .....                               | 30 |
| i. Objetivo geral.....   | 30 |
| ii. Objetivos específicos .....                                  | 31 |
| II. FASE METODOLÓGICA.....                                       | 32 |
| 1. Desenho de investigação .....                                 | 32 |
| i. Tipo de estudo .....  | 32 |
| ii. Meio .....   | 33 |
| iii. Variáveis em estudo .....                                   | 33 |
| iv. População / Amostra .....                                    | 34 |
| v. Instrumento de colheita de dados .....                        | 35 |
| v.i Salvaguarda dos princípios éticos .....                      | 36 |
| v.ii Previsão de tratamento de dados .....                       | 37 |
| III. FASE EMPÍRICA .....   | 38 |
| 1. Apresentação e análise dos dados .....                        | 38 |
| 1.1 Caracterização da amostra.....                               | 38 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....   | 38 |
| Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária .....  | 39 |
| Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.....   | 40 |
| Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....   | 40 |
| Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional .....   | 41 |
| Gráfico 6 – “Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?”<br>.....  | 42 |
| Gráfico 7 – “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente<br>difícil?” .....  | 42 |
| Gráfico 8 – “Entra em conflito consigo próprio(a) por estar a tomar conta do seu<br>familiar?” .....  | 43 |
| Gráfico 9 – “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu<br>familiar?”.....   | 44 |
| Gráfico 10 – “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?” ....  | 45 |
| Gráfico 11 – “Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar<br>adoeceu?” .....   | 45 |
| Gráfico 12 – “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?....   | 46 |
| Gráfico 13 – “Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?” .....   | 47 |
| Gráfico 14 – “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu<br>familiar por muito mais tempo?” .....                                | 47 |
| Gráfico 15 – “Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu<br>familiar?”.....   | 48 |
| Gráfico 16 – “Acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar?” .....  | 49 |
| Gráfico 17 – “Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele(a)?”<br>.....  | 49 |
| Gráfico 18 – “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima,<br>fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?” ..... | 50 |
| Gráfico 19 – Distribuição da amostra segundo os níveis de sobrecarga .....  | 51 |

|   |    |
|---|----|
| 1.2 Resultados do QASCI.....                    | 41 |
| 2. Discussão dos resultados .....               | 51 |
| CONCLUSÃO.....                                  | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                | 55 |
| WEBGRAFIA .....                                 | 58 |
| ANEXOS .....                                    | 59 |
| Anexo 1 - Declaração de Consentimento Informado |    |
| Anexo 2 - Instrumento de recolha de dados       |    |
| Anexo 3 - Tratamento de Dados                   |    |

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva da variável idade.....39

## INTRODUÇÃO

Como parte integrante do plano de estudo do 4º ano para obtenção da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, faz parte a elaboração de um Projeto de Graduação, com o objetivo de proporcionar aos alunos uma oportunidade para desenvolver a metodologia de investigação, desenvolver técnicas de elaboração de instrumentos de recolha de dados e seu tratamento, permitindo assim um conhecimento e preparação para eventuais investigações futuras, ao longo da vida profissional.

Atualmente um dos fenómenos demográficos mais significativos é o envelhecimento demográfico da população, constatando-se que o aumento do número de idosos é um fenómeno a nível global. O envelhecimento demográfico assume particular importância devido ao aumento da população idosa, associada a um aumento da esperança média de vida.

A família e particularmente os Cuidadores Informais (CI), representam um papel importante junto das pessoas idosas dependentes nas atividades de vida diárias (AVD's). A responsabilidade de proporcionar ajuda á pessoa idosa dependente, tem sido identificada como um dos fatores que pode precipitar crises familiares e afetar essencialmente o cuidador informal, que é o membro da família que suporta uma sobrecarga física, emocional e social.

Segundo Marques, (2007, p. 17):

A tarefa de cuidar de um doente dependente pode traduzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, o bem-estar emocional, a relação com outros membros da família (...) e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal.

Nesta perspetiva, pareceu oportuno um estudo no sentido de aprofundar os conhecimentos na área da sobrecarga do cuidador informal idoso.

Este projeto de graduação está estruturado em três grandes capítulos. Inicialmente encontra-se a Fase Conceptual onde está apresentada a questão de investigação, assim como o objetivo geral e específicos do trabalho.

Ainda neste capítulo, encontra-se a revisão bibliográfica, que são bases e suportam o tema, nomeadamente os conceitos de sobrecarga, cuidador informal e idoso e ainda a apresentação de alguns trabalhos de investigação relacionados com o tema de investigação.

No segundo capítulo deste trabalho, que é a Fase Metodológica, refere-se ao desenho de investigação, define-se o tipo de estudo, o meio, as variáveis, a população e a amostra. É apresentado o instrumento de colheita de dados utilizado, considerações éticas e a previsão do tratamento de dados.

Por último, no terceiro grande capítulo, surge a Fase Empírica, que consiste na apresentação dos resultados obtidos e no seu tratamento. Os dados são apresentados através de gráficos e tabelas, e depois segue-se a discussão dos resultados obtidos, tendo em conta a bibliografia estudada e também os estudos analisados no projeto.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

O início de um processo de investigação evidencia-se a partir da escolha de um tema e a elaboração de uma pergunta de partida que alicerça todas as questões de investigação, dando origem aos objetivos que fundamentam a pesquisa.

A fase conceptual, citando Fortin (2009, p.49), consiste, em definir os elementos de um problema. “O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema que precisa, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.”

De acordo com o autor supracitado, esta fase é fundamental numa investigação, pois proporciona uma orientação e um objetivo.

Com o decorrer desta fase, efetuou-se uma definição e delimitação do tema bem como a formulação do problema de investigação, enunciando as questões, os objetivos e a revisão da literatura importante, de forma a permitir ao investigador determinar o estado atual dos conhecimentos acerca do problema de investigação em estudo.

### **1. Definição do tema**

Na realização de um projeto de investigação, a primeira etapa é a identificação do problema de investigação. Assim, uma investigação deve ter como início a escolha de um tema pertinente e atual.

O tema deste projeto de investigação é a sobrecarga do cuidador informal idoso.

Conforme Carvalho (2002, p. 108),

O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Corresponde a uma dificuldade, solução, que é mister determinar com precisão, de seguida, o seu exame, avaliação, crítica e solução.

Um estudo de investigação inicia-se com um problema que se gostaria de resolver, ou com uma questão a responder. Qualquer problema de investigação deve ser

argumentado quanto às razões da sua escolha. Assim, a argumentação do problema de investigação visa justificar a pertinência do estudo permitindo, segundo Fortin (2009, p.143),

(...) Pôr em evidência os dados do problema, fornecer explicações, demonstrar o interesse dos factos observados, fazer sobressair as relações existentes entre ideias e factos, e justificar a forma como se aborda o problema de investigação. (...)

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal às sociedades, em consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade. Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa, com mais de 65 anos, duplicou, representando atualmente cerca de 19% da população total. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), por volta do ano 2050 este grupo representará 32% da população do país.

O aumento da longevidade na sociedade atual, impõe alguns desafios, em diversos domínios, dos quais se destacam o da saúde e o da prestação de cuidados. Ao nível da saúde, na medida em que esta representa um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento dito normal, ou seja, em que as alterações biológicas ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais e ao nível da prestação de cuidados, porque com o avançar da idade aumenta o risco de doença, e consequentemente um maior nível de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais (World Health Organization, 2001).

Para Figueiredo (2007),

Os cuidadores informais são na sua maioria pessoas que fazem parte do círculo social da pessoa idosa, nomeadamente família, amigos e vizinhos, que, normalmente, não possuem qualquer tipo de formação a nível da prestação de cuidados geriátricos e que prestam estes cuidados de forma contínua sem qualquer tipo de retribuição monetária.

Sendo assim, é importante determinar a sobrecarga a que os cuidadores informais idosos estão submetidos.

## **2. Questão de investigação**

Todo o trabalho de pesquisa deve ser iniciado com a colocação de algum tipo de problema ou questão. Para Fortin (2006), “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”.

Assim, a questão de investigação definida para o presente estudo foi a seguinte:

- Qual a sobrecarga do cuidador informal idoso na prestação de cuidados à pessoa idosa?

## **3. Revisão bibliográfica**

A revisão da literatura do estudo de investigação envolve um agregado de conceitos indispensáveis para o desenvolvimento e compreensão do estudo em causa. Para além disso, através da revisão da literatura estabelece-se relações entre os conceitos.

Para Polit et al. (2004, p.125) a revisão da literatura,

(...) Proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um tópico e esclarece a importância do novo estudo. As revisões de literatura servem, assim, como função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimentos.

Assim, tendo em conta o tema em estudo, foi necessário clarificar os conceitos relacionados com a sobrecarga do cuidador informal idoso.

## **i. A Sobrecarga do Cuidador**

Conforme, Andreasen (2003) cit in Spar e La Rue (2005),

As repercussões que se manifestam sobre quem cuida variam ao longo do processo de cuidar, sendo que a sobrecarga/stress é mais intensa no início da relação, com probabilidades de diminuir à medida que o cuidador se vai adaptando à nova situação e vai adquirindo mais competências para cuidar.

Roig et al., (1998) referiu que “O nível socioeconómico parece também 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 influenciam os níveis de sobrecarga do cuidador” (cit in Marques, 2007).

Para Marques (2007),

As investigações realizadas dão conta de que a partilha de responsabilidades e a ajuda na assistência à pessoa dependente reduzem os níveis de sobrecarga do Familiar Cuidador (FC), pois ao disponibilizar de ajuda para a prestação de cuidados, os cuidadores dispõem, simultaneamente, de mais tempo para a realização de outras tarefas, evitando que estes entrem em conflito entre a necessidade de cuidar do doente e a necessidade de disporem de tempo para eles próprios.

É nesta perspetiva que surge o termo “sobrecarga”, o qual resulta de uma tradução do termo inglês “burden”.

A sobrecarga do cuidador pode levar não só ao comprometimento físico e psicológico mas também a problemas de ordem emocional, social e financeiros; “the caregiver burden has been defined as the physical, psychological, emotional, social and financial problems that can be experienced by family members caring for impaired older adults” (George e Gwyther, 1986, cit in Lee, Kim e Kim, 2006, p. 784).

Martins (2006, citando Braithwaite, 1992) define a sobrecarga do cuidador como,

Uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

Para Sequeira (2010) “o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência”.

O tempo que o cuidador despende a cuidar da pessoa doente é referido por alguns autores como um bom indicador de sobrecarga objetiva (Lawton et al., 1991, cit in Martins, 2006). No entanto, Marques (2007) não encontrou relação entre o tempo de prestação de cuidados e a sobrecarga dos cuidadores. Noutra perspetiva Van den Heuvel et al. (2001) referiu não haver qualquer relação entre o tempo que o cuidador assumia a prestação de cuidados e o nível de sobrecarga.

Segundo Wyller et al. (2003, citado por Martins, 2006),

As características do doente parecem não ser o mais importante na perceção da sobrecarga, porém, desempenham um papel relevante ao considerar que quanto pior o estado de saúde do familiar, maior é a tensão emocional e maior interferência tem na vida pessoal do cuidador, aumentando assim, os níveis de sobrecarga.

De acordo com Robinson (1990, citado por Roig et al.,1998),

O cuidador pode experienciar dois tipos de sobrecarga, a sobrecarga objetiva, inerente ao desempenho das tarefas de cuidado com a pessoa dependente (como por exemplo, prestar os cuidados de higiene, dar de comer, cuidados de segurança, etc.) e a sobrecarga subjetiva, relacionada com as consequências no âmbito sentimental e emocional que advêm da prestação de cuidados.

Outros autores distinguem estes dois tipos de sobrecarga e assumem que se encontram interrelacionados. Para Schene et al. (1994, citado por Sales, 2003),

As alterações objetivas incluem “all those things that the caregivers and/or his or her family has to do (helping, supervising, controlling, paying), experiences (disturbed family and/or social relations), or is not allowed to do any longer (hobbies, clubs, carrer, work) as a consequence of the caregiving task.

Ou seja, a sobrecarga objetiva está associada a acontecimentos diretamente relacionados com as atividades de prestação de cuidados (maior esforço físico, gastos económicos, supervisão e controlo) e ao efeito destas alterações no bem-estar psicológico e interferência nas relações sociais.

Segundo (Montgomery, et. al, cit in Martins, 2006),

A sobrecarga subjetiva reporta-se aos sentimentos e atitudes tomadas, inerentes às tarefas e atividades desenvolvidas no processo de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emoções do cuidador.

Por outro lado Bocchi (2004) refere que, “a sobrecarga subjetiva está relacionada com as consequências psicológicas para a família cuidadora” e ainda Brito (2002, p. 118) refere que, “a sobrecarga subjetiva resulta da responsabilidade emocional do cuidador perante a situação.”

## ii. O Cuidador Informal

O cuidar pressupõe uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, implicando que uma pessoa assuma a responsabilidade de prestação dos cuidados enquanto a outra se “limita” a recebê-los. Nesta perspetiva e, tendo em conta que, os cuidados de saúde se encontram organizados em dois sistemas distintos, o sistema dito formal, constituído pelas instituições, pelos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde e, o sistema informal, composto essencialmente pelos membros da família.

Numa perspetiva global, os cuidados informais merecem uma abordagem detalhada e consistente, facto refletido no aumento de investigação desenvolvida nesta área (Martín et al., 2000).

“Com o aumento do número de idosos aumenta o número de pessoas envolvidas no papel de prestador de cuidados” (Savage e Bailey, 2004), o que reflete um aumento de cuidados prestados em contexto familiar/domiciliário.

Segundo Nolan et al. (1996, cit in Marques, 2007),

A prestação de cuidados informais é um processo dinâmico e complexo pelas alterações que sofre ao longo dos tempos, causadas pela evolução da doença, do tipo de dependência que esta acarreta, ao contexto familiar, tipo e fase do ciclo vital da família, às atitudes e crenças familiares e à rede de apoio que disponibilizam estes fatores afetando não só as necessidades e os sentimentos do sujeito recetor dos cuidados mas também de quem os presta.

Citando (Cupertino et al. 2006),

O processo de cuidar implica diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais podendo revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar do cuidador.

Ao assumir o papel de familiar cuidador, a pessoa vê-se confrontada com uma situação sem alternativa de escolha, muitas vezes vinculada por valores culturais e por questões moralmente impostas pela sociedade resultando num desgaste ainda maior na vida do cuidador Martins (2006 cit in Andrade, 2009).

A situação de prestação de cuidados parece estar relacionada com a saúde física dos cuidadores, podendo levar a alterações do sistema imunitário, a problemas de sono, fadiga crónica e hipertensão arterial mas, é sobretudo na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se destacam, mostrando níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (Morris et al.,1988; Nolan e Grant 1989; Nolan, 1990; Huckle, 1994; Begany et al., 1996; Paúl, 1997; Wagner et al., 1997; Brodaty, 1999, cit in Brito, 2001).

Para Miller et al. (1992, cit in Marques, 2007),

Os cuidadores afastados da atividade profissional, apesar de disporem de mais tempo, sentem mais repercussões na vida pessoal e tornam-se menos tolerantes com os seus familiares. O nível socioeconómico parece também 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 influenciam os níveis de sobrecarga do cuidador.

Citando Marques (2007),

As investigações realizadas dão conta de que a partilha de responsabilidades e a ajuda na assistência à pessoa dependente reduzem os níveis de sobrecarga do cuidador informal, pois ao disponibilizar de ajuda para a prestação de cuidados, os cuidadores dispõem, simultaneamente, de mais tempo para a realização de outras tarefas, evitando que estes entrem em conflito entre a necessidade de cuidar do doente e a necessidade de disporem de tempo para eles próprios.

Apesar de ao desempenho do papel de cuidador estar inerente um vasto conjunto de fatores responsáveis pelo maior ou menor sucesso na prestação de cuidados, Bowers (1987, cit in Nolan et al., 1996; Paúl 1997, cit in Brito, 2000), referem que, “muitos dos cuidados informais são invisíveis, no sentido de que, não são observáveis, nem reconhecidos pelos técnicos, família, às vezes nem mesmo por quem recebe os cuidados.”

### iii. O Idoso

Ao longo do ciclo vital, o homem passa por diversas fases (infância, adolescência, adulto e velhice) que são marcadas por mudanças biopsicossociais específicas de cada uma delas e que fazem adaptar o indivíduo às tarefas de cada fase. Como nas outras idades, na evolução para a velhice, o ser humano vai proceder a modificações de cariz biopsicossociais que o vão preparar para a vivência da sua última fase da vida.

Assim Birren e Renner (Cit in Paúl 1997, p. 10) afirmam que:

O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativas, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica.

Atualmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera como “idoso” toda a população com 60 ou mais anos. Por sua vez, o Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considera idosos todos os indivíduos a partir dos 65 anos, inclusive, embora a OMS,

(...) tenha feito uma tentativa de uniformizar critérios e assim convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde (...). Almeida (2005)

Segundo Lessa (1982, cit. in Almeida, 2005), “ A idade não é a única característica que explica o envelhecimento, (...) resulta também das condições psicológicas, políticas, económicas e culturais da sociedade ”.

Papalaia et al. (1992, cit. in Fonseca, 2004) fala exclusivamente em idade adulta,

“adulthood”, que se divide em três períodos: “idade adulta jovem”, dos 20 aos 40 anos; meia-idade adulta, dos 40 aos 65 anos; “idade adulta tardia”, dos 65 anos em diante. A velhice faz parte do destino biológico do ser humano, embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início.

Não existe, portanto, uma definição universal de velhice, havendo necessidade de procurar, na organização da própria sociedade e nos valores que essa sociedade tem implícitos, o sentido operativo do conceito de velhice socialmente construído. O aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas atividades da vida diária.

Segundo Sequeira (2007), “A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade”. O mesmo autor refere ainda que,

Para que esta realidade se concretize é necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projeto/significado de vida, mesmo em contexto de défices. Este apoio deve ser prestado por elementos significativos e em articulação com as instituições de saúde, sociais ou comunitárias, não descurando as preferências individuais e coletivas dos mais velhos, de modo a facultar bem-estar emocional e psicológico.

### **iii.i Alterações Funcionais e Estruturais do Envelhecimento**

Conforme Moreira (2009),

O corpo do idoso sofre várias alterações a nível antropométrico, nomeadamente: aumento de peso, diminuição da massa corporal e da estatura, redução da massa livre de gordura, diminuição da massa muscular, perda de densidade óssea e modificação da distribuição da gordura corporal que se reflete na redução de tecido adiposo periférico e no aumento do central.

Segundo Cancela (2007),

No idoso o funcionamento dos órgãos corporais é afetado, perdendo a sua eficiência, havendo uma diminuição do fluxo sanguíneo para rins, fígado e cérebro. O coração é o órgão mais prejudicado por esta condição, pois necessita de mais oxigénio para bombear sangue para todo o corpo. As artérias sofrem, também, alterações, ficando mais finas e endurecidas.

De acordo com os estudos de Spirdurso, Francis e Macrae (2005), “verifica-se que com a perda de força muscular observa-se uma diminuição da resistência, considerada uma das capacidades funcionais que mais contribui para o retardamento do processo de envelhecimento”.

Segundo Dantas (2002),

O envelhecimento acarreta perda de mobilidade caracterizada pela diminuição progressiva da amplitude do movimento articular e pelo aumento do endurecimento articular. Estes sintomas são devidos a uma calcificação acentuada das cartilagens e dos tecidos em redor e a uma maior tendência para o encurtamento dos músculos, que leva ao desenvolvimento de artrites e de outras condições ortopédicas negativas que reduzem a elasticidade e a tolerância à compressão na coluna vertebral.

Figliolino et al. (2009) refere que,

Com a progressão da idade, o equilíbrio também sofre alterações resultantes do declínio da função dos vários sistemas envolvidos: a visão, sensação vestibular e periférica, comandos centrais, resposta neuromuscular e, essencialmente, a força muscular e o tempo de reação. A consequência mais perigosa deste facto é a queda, que pode resultar em morte acidental ou em fraturas, podendo provocar grandes períodos de imobilização, agravando os processos degenerativos envolvidos no envelhecimento. Refere

também que estes episódios são frequentes, estando documentado que 30% da população idosa sofre, pelo menos, uma queda por ano, que são a causa de 70% das mortes acidentais nos idosos.

A existência de dependência nas atividades da vida diária dos idosos implica que exista alguém que ajude e cuide diariamente destas pessoas. “Esta tarefa é normalmente assumida pelas famílias dos idosos em questão, podendo no entanto ser amigos ou vizinhos os que assumem esta responsabilidade” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

#### **iv. Estudos sobre sobrecarga do cuidador informal idoso**

O estudo desenvolvido por Martins (2006) “reflete não só a importância do cuidado informal a pessoas funcionalmente dependentes mas também, pretendeu compreender os fatores inerentes a um melhor desempenho do papel de cuidador”.

De acordo com a autora Martins (2006),

Muitos dos problemas físicos, emocionais e sociais dos cuidadores estão relacionados com características da pessoa em situação de dependência e com a interação que se estabelece entre ambos. Desta forma, a autora considera que existem alguns fatores determinantes na sobrecarga física, social e emocional do cuidador, como sejam, a idade e a escolaridade do cuidador informal, o sexo do cuidador, a situação de emprego, o grau de parentesco e a relação afetiva que o cuidador estabelece com a pessoa dependente, o número de horas que despende a cuidar do familiar, o estado de saúde do familiar, bem como se este tem ajuda na prestação dos cuidados.

Para Martins (2006) “a idade pode ser entendida como uma variável com associação direta na perceção e medição da sobrecarga” e, Marques (2007), no estudo desenvolvido com cuidadores de doentes com AVC, refere que “a idade e a sobrecarga se relacionam de forma inversamente proporcional, ou seja, os cuidadores mais velhos tendem a evidenciar menor sobrecarga global”, contrariando a ideia defendida por Braithwaite e McGown (1993) de “que os cuidadores mais jovens tendem a apresentar maior capacidade de aprendizagem e de lidar com problemas específicos”.

Riedel, Fredman e Langenberg (1998) e van den Heuvel et al. (2001, cit in Martins, 2006) referem-se aos “cuidadores mais jovens como mais vulneráveis e com maior dificuldade na resolução de situações problemáticas”. “Estes dados podem ser explicados pelo facto de cuidadores mais novos terem a seu cargo outras obrigações, como sejam o emprego e os filhos, para além da responsabilidade do cuidado ao doente”. (Hann et al., 1995, cit in Marques, 2007). Outros autores não identificaram qualquer relação entre a sobrecarga e a idade.

“A grande maioria dos estudos científicos desenvolvidos nesta área referem que não existe diferenças entre homens e mulheres cuidadores, no que diz respeito aos níveis de sobrecarga” (Riedel et al., 1998, citado por Martins, 2006). Roig et al. (1998) consideraram que “a responsabilidade de assumir o cuidado, sentida por homens ou mulheres, seria igual”.

No entanto, Marques (2007) refere que,

Os cuidadores homens evidenciam menor sobrecarga emocional e que o papel de cuidador se torna mais stressante nas mulheres dado o investimento que estas fazem nas relações interpessoais, predispondo-as a mais problemas e conflitos.

O grau de parentesco entre o doente e o cuidador parece também estar associado com os níveis de sobrecarga. Os estudos de Canam e Acorn, 2000, DeLaune e Brown, 2001, citados por Martins (2006) vão de encontro ao estudo desenvolvido por Roig et al. (1998) ao referirem que “os cuidadores casados apresentam maiores níveis de sobrecarga quando comparados com outros parentescos.” Porém, o estudo desenvolvido por Marques (2007) contraria esta ideia, ao verificar que, “os cônjuges evidenciaram menor sobrecarga na prestação de cuidados que os outros familiares”.

O estudo desenvolvido por Martins (2006) confirma que, “o bem-estar do cuidador depende da relação afetiva, atual ou anterior, entre este e o doente” salientando que, “quando a relação é ou foi conflituosa, o bem-estar do cuidador tem maior probabilidade de ser comprometido”, por outro lado, “uma boa relação afetiva entre ambos pode funcionar como moderador entre os stressores e as suas consequências”.

Martins, Ribeiro e Garrett (2004), realizaram um estudo que pretendia avaliar as características do instrumento (QASCI), quando aplicado a cuidadores informais de indivíduos com patologias crônicas. A amostra foi de 253 cuidadores de indivíduos com dependência funcional em pelo menos uma atividade básica de vida diária, ou duas atividades instrumentais. Os cuidadores eram na maioria filhos(as) ou maridos/esposas dos sujeitos alvo dos cuidados. Toda a amostra era residente no grande Porto.

Dos cuidadores estudados, concluiu-se que 88,1% eram do sexo feminino. A média de idades variava entre os 55,3 anos, sendo que a moda era de 60 anos de idade.

O participante mais novo tinha 20 anos e o mais velho 88 anos. Relativamente à escolaridade, 50,2% frequentou apenas o 1º ciclo, 21,1% o 2º ciclo e 7,7% dos cuidadores nunca foram à escola. Quanto ao estado civil, obtiveram com resultados, 85,3% dos cuidadores informais eram casados, representando a grande maioria, 5,6% viúvos, 2,4% divorciados, e os restantes 5,6% eram solteiros. No que diz respeito à atividade profissional, 50,4% da amostra era reformada. A restante percentagem apresentava-se dividida entre ativos, em diversos setores, e desempregados.

O objetivo final deste estudo, era determinar se este modelo de questionário era válido na sua aplicação aos cuidadores informais. Concluíram, que este reunia critérios de fidelidade, validade e estabilidade para avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais.

#### **4. Objetivos de Investigação**

##### **i. Objetivo geral**

O objetivo geral definido para este trabalho foi:

- Conhecer a sobrecarga de cuidadores informais idosos na prestação de cuidados à pessoa idosa.

**ii. Objetivos específicos**

Para esta investigação, delinearão-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente os cuidadores informais idosos.
- Determinar a sobrecarga de cuidadores informais idosos na prestação de cuidados à pessoa idosa.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

A segunda etapa de um projeto é a Fase Metodológica. “A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação” (Fortin, 2006, p.53).

Nas próximas páginas serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados e que traduzem o caminho a percorrer para obter dados que vão ao encontro do problema em estudo. Inicia-se com a definição do desenho de investigação, que pode ser diferente consoante o objetivo e as questões de investigação. Depois o tipo de estudo, o meio utilizado, quais as variáveis, a população e a amostra. Por fim, o instrumento de colheita de dados utilizado e ainda a salvaguarda dos princípios éticos.

### **1. Desenho de investigação**

O desenho de investigação é constituída pelos elementos supra citados.

O desenho varia com o objetivo e as questões de investigação, e foi estabelecido em simultâneo com a escolha do método (Fortin, 2006, p.53).

#### **i. Tipo de estudo**

O presente trabalho consiste num estudo descritivo, transversal e de carácter quantitativo.

Segundo Vilelas (2009, p. 122),

Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar.

Citando o mesmo autor,

Conhecidos também como estudos de prevalência, surgem como resposta ao panorama demasiado estático que oferecem os inquéritos e pretendem superar esta dificuldade através da repetição das medições normalizadas. (...) o estudo transversal é uma forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo. (p. 136).

Vilelas diz ainda que,

Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, 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. (p. 103).

## **ii. Meio**

De acordo com Fortin (2009, p. 127) “ O investigador precisa do meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha”. Assim a escolha do meio para se efetuar a colheita de dados foi opção do investigador, devido à curiosidade sobre os fatores que influenciam a sobrecarga dos cuidadores informais idosos.

Na realização desta investigação, o meio utilizado foi a comunidade. Trata-se de um meio natural. “Um meio que não possui um controlo rigoroso como um laboratório, é denominado meio natural” Fortin (2006, p. 217).

## **iii. Variáveis em estudo**

As variáveis podem ser consideradas como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, discernível num objeto de estudo e passível de mensuração.

Ou seja, as variáveis são (...) qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação” Fortin (1999, p. 36).

Neste estudo podem ser definidos dois tipos de variáveis em estudo. A variável atributo, que são características relativos ao sujeito em estudo.

De acordo com Fortin (1999, p.172),

As variáveis atributo são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação da família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

A segunda variável é a de estudo. Nesta investigação, trata-se da sobrecarga do cuidador informal idoso.

#### **iv. População / Amostra**

Para se realizar um trabalho com rigor científico há que definir com precisão a população a estudar, ou seja os elementos que a compõem, uma vez que todo o estudo de investigação complementa uma população ou universo.

Citando Fortin (2003, p. 203), “ Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

Assim, o grupo alvo deste estudo são os cuidadores informais idosos da região do grande Porto.

Constituíram a população alvo todos os cuidadores informais com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos de idade, que cuidam de idosos dependentes, residentes no grande Porto.

A partir do conhecimento pessoal de alguns cuidadores informais idosos, foi possível chegar a uma amostra total de 21 participantes.

A forma como se chegou a esta amostra é denominada de bola de neve ou em rede. Segundo Fortin (2006), “neste método os indivíduos que participam no estudo numa fase inicial, indicam outros sujeitos semelhantes que podem participar no estudo”.

## **v. Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados é um elemento ou técnica que o pesquisador elabora com a finalidade de colher dados ou informações necessárias e específicas da população em estudo. É a natureza do problema de investigação que determina o tipo de método de colheita de dados, Polit et al (2004).

Para este estudo, tendo em consideração, aspetos como o tipo de estudo, as variáveis e a população em que foi aplicado, utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados.

Como qualquer método de recolha de dados, o questionário possui vantagens e desvantagens. Este método é menos dispendioso e recolhe informação com uma maior 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 McLean (cit in Jupp 2006).

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido, em Portugal, por Martins et al. (2003) com a finalidade de avaliar as consequências a nível físico, psicológico e social do cuidador informal de pessoas funcionalmente dependentes. Este instrumento permite avaliar de forma detalhada e abrangente os diferentes aspetos relacionados com a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal.

Este questionário destina-se a avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. É composto por 32 itens (Anexo 1), avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia entre 1 a 5. Para o resultado final, é cotada a soma de pontos atribuídos a cada pergunta, sendo que se o resultado for inferior a 46 o cuidador não tem sobrecarga, entre 46 e 56 o cuidador informal apresenta uma sobrecarga ligeira, e se o resultado for superior a 56 o cuidador tem uma sobrecarga intensa.

A aplicação do QASCI permite que o cuidador o preencha, desde que mostre capacidade e disponibilidade em preencher o questionário e, por outro lado, é suscetível

de ser aplicado através de entrevista, requerendo cerca de 20 minutos para a sua aplicação. Demonstrou ser um instrumento com boa aceitação junto dos participantes, e revelou-se estar adaptado ao conjunto das diferentes características dos cuidadores. (Martins et al., 2004).

#### **v.i Salvaguarda dos princípios éticos**

“Qualquer que seja o aspeto estudado, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. Qualquer investigador incorre em responsabilidades penais, civis e deontológicas na aplicação das leis e das regras internas que regem as associações profissionais. O investigador tem também obrigações e responsabilidade morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projetos de investigação” Fortin, (2009).

Segundo Fortin (2009) estão definidos certos princípios éticos, sendo estes: “1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes; 7) a otimização das vantagens”.

Cada individuo tem o direito de decidir se deseja ou não participar num estudo de investigação. Para Fortin (2006, p. 186), o consentimento esclarecido significa que o sujeito entendeu perfeitamente no que se vai envolver, tendo sido informado do conteúdo do estudo. O individuo não pode ser coagido de nenhuma forma e pode decidir abandonar o estudo a qualquer momento. O consentimento livre e esclarecido deverá ser fornecido de forma escrita contendo toda a informação necessária, no entanto pode ainda ser necessário um esclarecimento verbal. Todos os participantes do estudo têm, ainda, o direito à intimidade, anonimato e confidencialidade.

## **v.ii Previsão de tratamento de dados**

Os dados recolhidos nesta investigação foram tratados através do programa informático SPSS - Statistical Package for the Social Sciences para Windows, versão 22,0.

É a partir do tratamento de dados que se pode obter conclusões que nos permitirá obter as respostas ao problema de investigação. Este tratamento dos dados é portanto fundamental.

### III. FASE EMPÍRICA

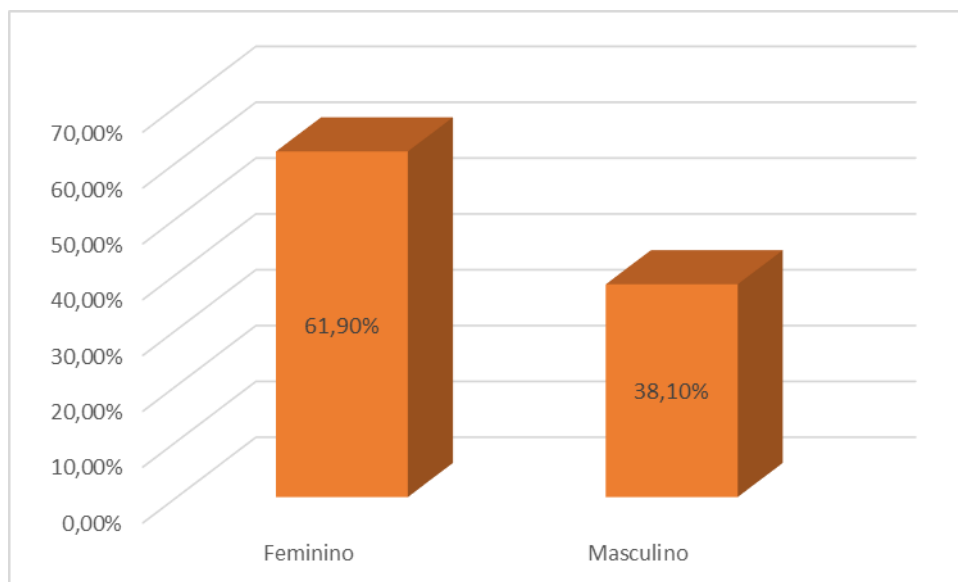
Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente, ocorra a discussão dos mesmos. Conforme Fortin (2009, p.56) “ A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à análise”.

#### 1. Apresentação e análise dos dados

No decorrer deste capítulo, inicialmente surgem os resultados acerca da caracterização sociodemográfica da amostra, seguindo-se os resultados obtidos com a aplicação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal.

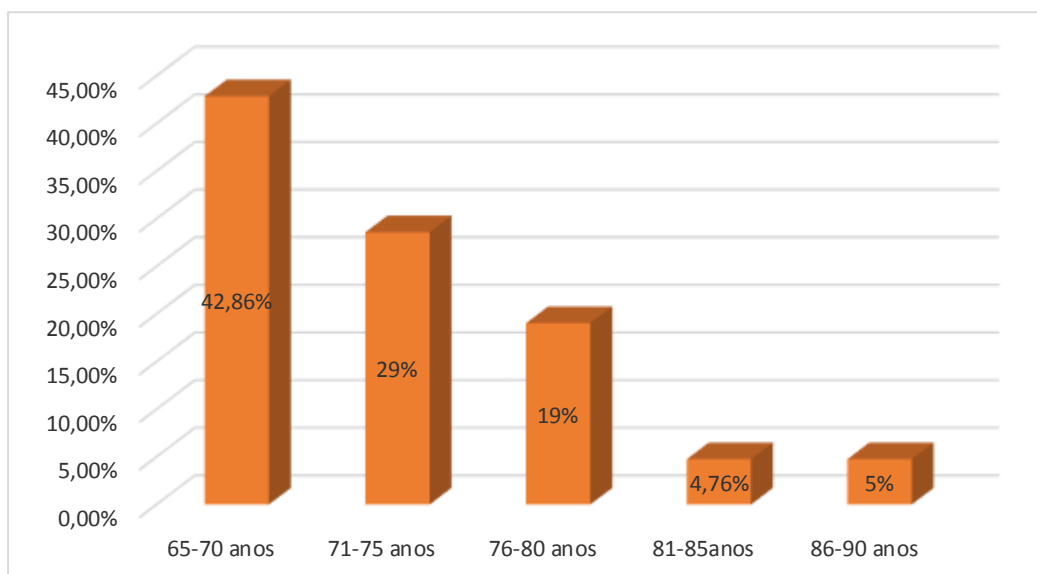
##### 1.1 Caracterização da amostra

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo



Da amostra de 21 elementos, verifica-se que que 61,9% é do sexo feminino e 38,1% são do sexo masculino (Gráfico 1).

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária**



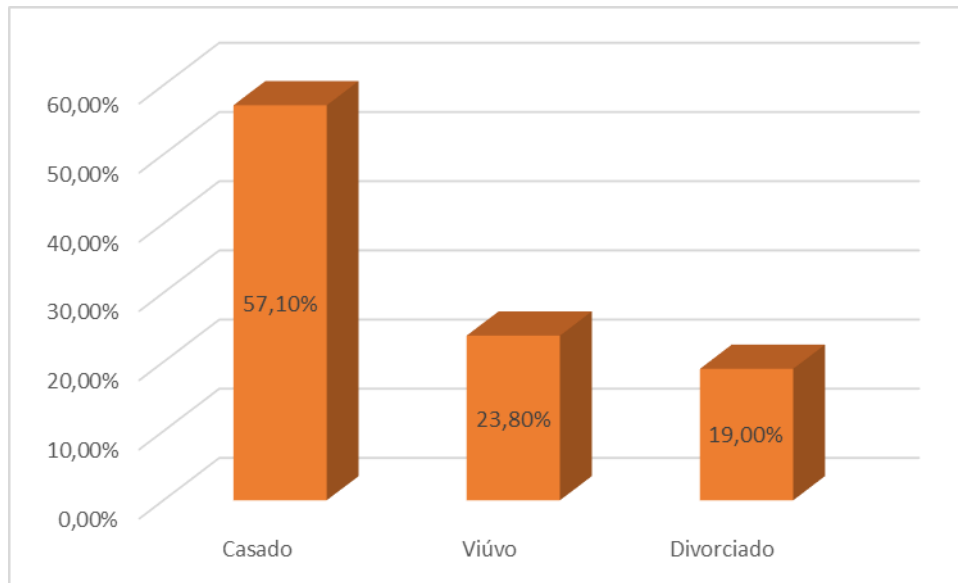
Relativamente á faixa etária, 42,86% dos cuidadores informais encontra-se entre os 65 e os 70 anos, 29% da amostra entre os 71 e os 75 anos, 19% têm entre 76 e 80 anos de idade, 4,76% com idades compreendidas entre 81 e os 85 anos e 5% dos elementos têm entre 86 e 90 anos.

**Tabela 1 – Estatística descritiva da variável idade**

| Média      | Moda         | Mínimo  | Máximo  |
|------------|--------------|---------|---------|
| 72,57 anos | 65 e 68 anos | 65 anos | 89 anos |

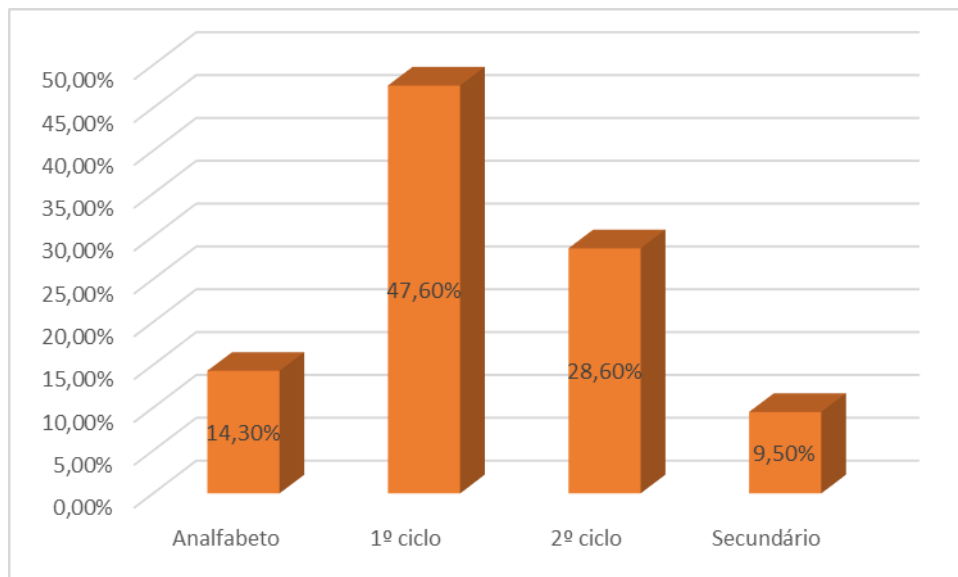
A média de idades dos cuidadores informais participantes nesta investigação é de 72,57 anos de idade, a moda é de 65 e 68 anos, sendo que o cuidador mais novo tem 65 anos e o mais velho 89 anos (Tabela 1).

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil**



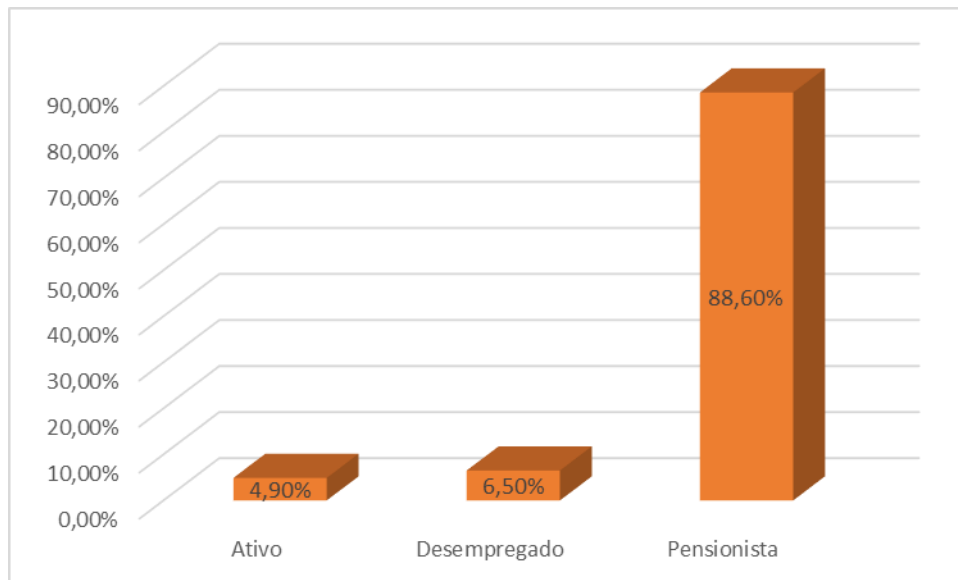
Quanto ao estado civil, é possível observar-se que 57,1% dos cuidadores são casados, 19% são viúvos e os restantes 19% da amostra são divorciados.

**Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias**



Quanto às habilitações literárias dos cuidadores informais, a frequência do 1º ciclo é dominante com 47,6%, seguido do 2º ciclo com 28,6%, dos restantes apenas 9,5% da amostra frequentou o ensino secundário e 14,3% são analfabetos.

**Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional**

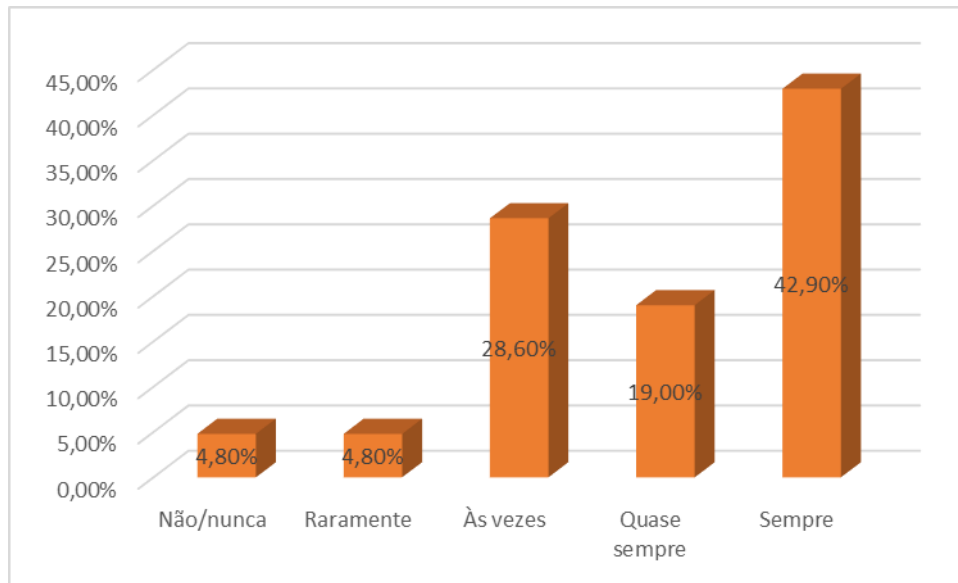


Como se pode observar no gráfico 5, a maioria dos cuidadores informais 88,6% são pensionistas, 4,9% da amostra ainda se encontram no ativo e 6,5% encontravam-se desempregados.

## 1.2 Resultados do QASCI

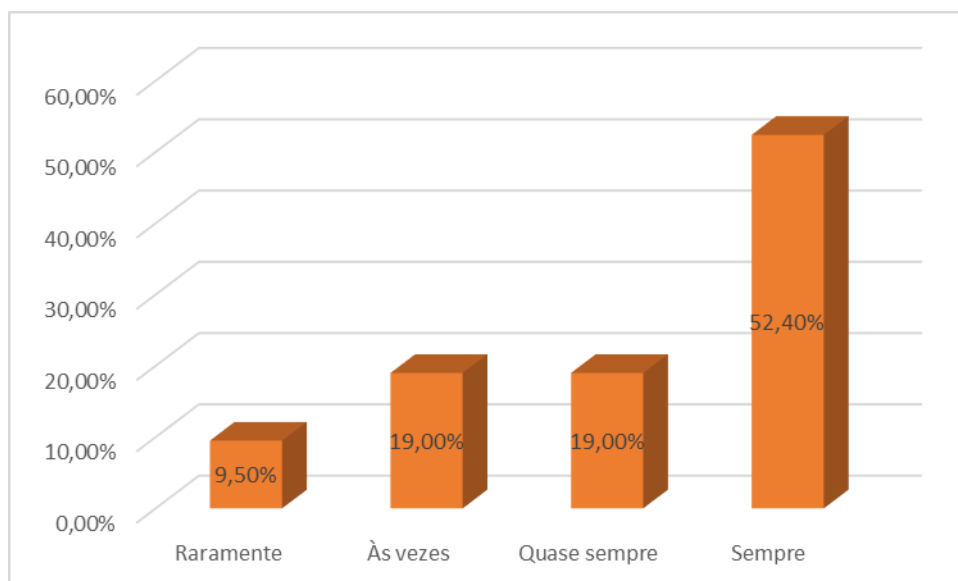
Seguem-se os resultados obtidos através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, que é composto por 32 questões. Tendo em conta os resultados, optou-se por apresentar neste trabalho aqueles que apresentavam valores mais expressivos para análise.

**Gráfico 6 – “Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?”**



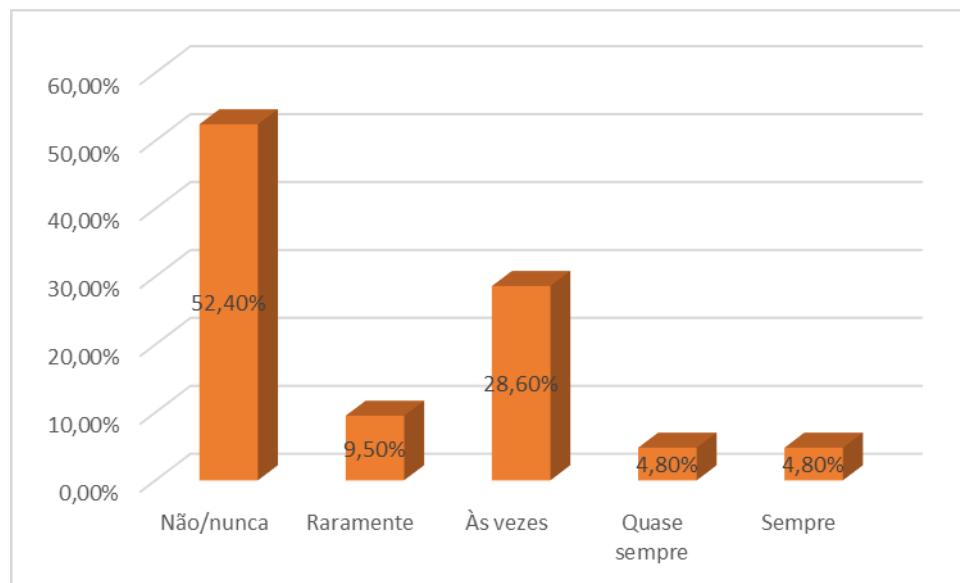
À questão “Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?” relativa ao gráfico 6, 42,9% responderam “sempre”, seguido de “às vezes” com 28,6% e “quase sempre” com 19%, enquanto que “não/nunca” e “raramente” obtiveram 4,8% das respostas.

**Gráfico 7 – “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?”**



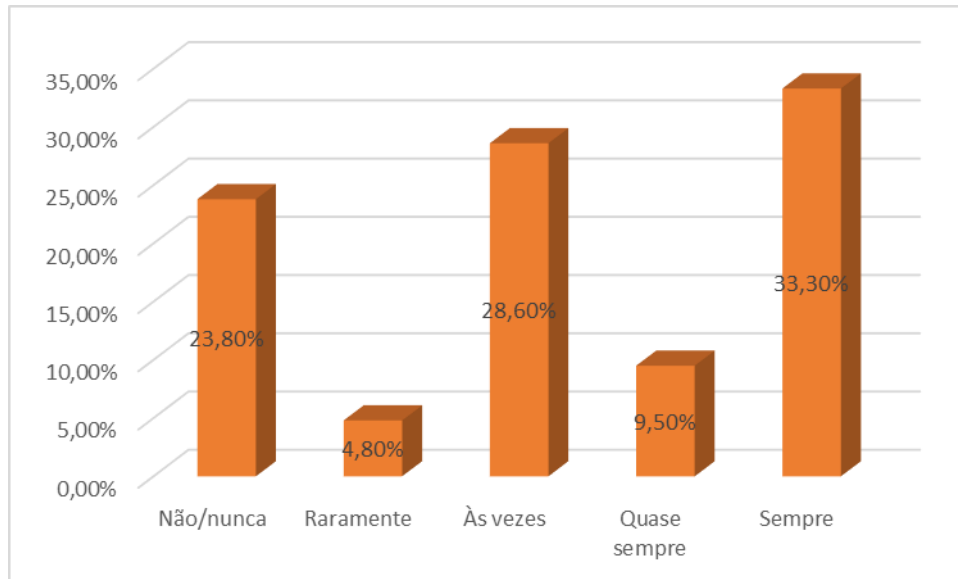
No gráfico 7, referente à pergunta “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?” é possível observar que a maioria das respostas foi “sempre” com 52,4% das respostas. “Às vezes” e “quase sempre” obtiveram 19% e “raramente” obteve 9,5% das respostas.

**Gráfico 8 – “Entra em conflito consigo próprio(a) por estar a tomar conta do seu familiar?”**



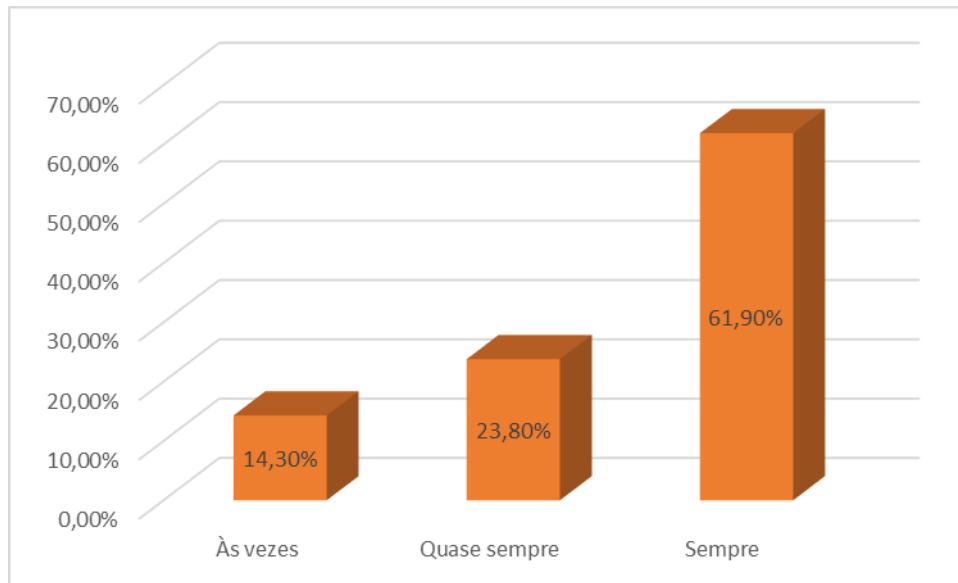
À pergunta “Entra em conflito consigo próprio(a) por estar a tomar conta do seu familiar?” mais de metade da amostra, 52,4% respondeu que “não/nunca”, 9,5% respondeu “raramente”, na hipótese “às vezes” obteve-se 28,6% das respostas e ambas as hipóteses “quase sempre” e “sempre” tiveram a percentagem de respostas de 4,8%.

**Gráfico 9 – “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?”**



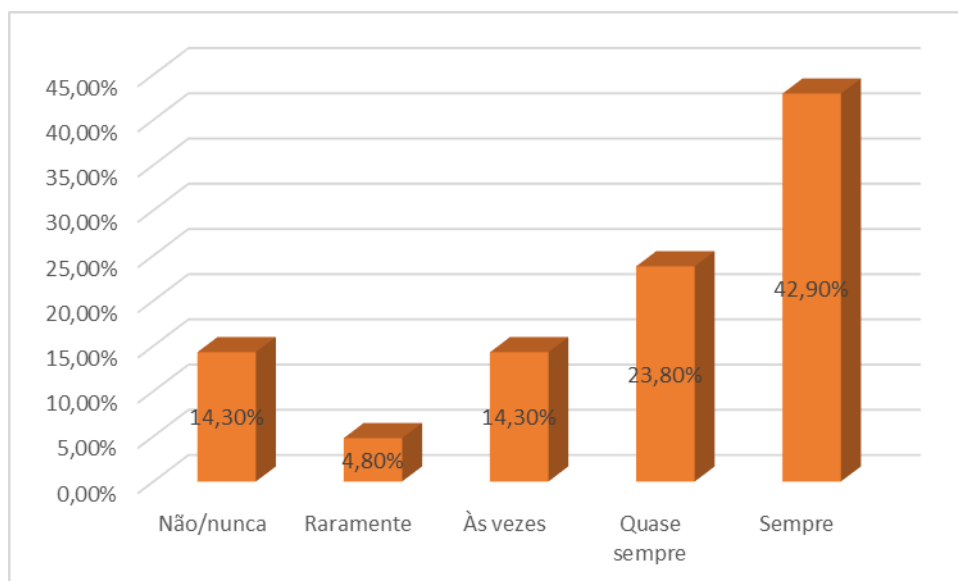
Relativamente à questão “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?” pode constatar-se através do gráfico 9, que as três hipóteses mais respondidas foram “não/nunca”, “às vezes” e “sempre” com 23,8%, 28,6% e 33,3% respetivamente. Como possibilidades restantes, “raramente” obteve 4,8% e “quase sempre” os 9,5% restantes.

**Gráfico 10 – “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?”**



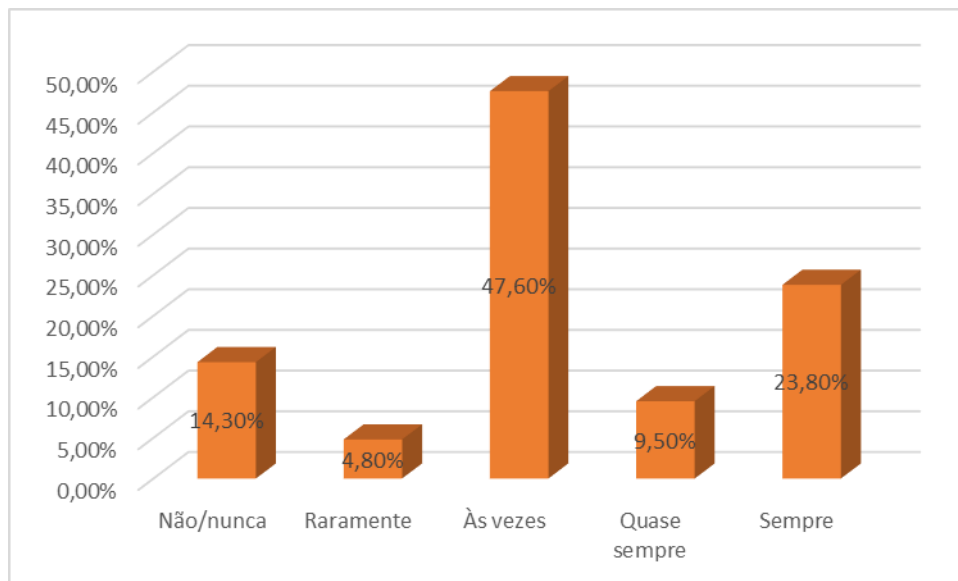
No que concerne à pergunta “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?” a grande maioria dos cuidadores informais 61,9% respondeu que “sempre”, 23,8% “quase sempre” e 14,3% da amostra respondeu que “às vezes”. As restantes possibilidades não obtiveram nenhuma resposta.

**Gráfico 11 – “Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?”**



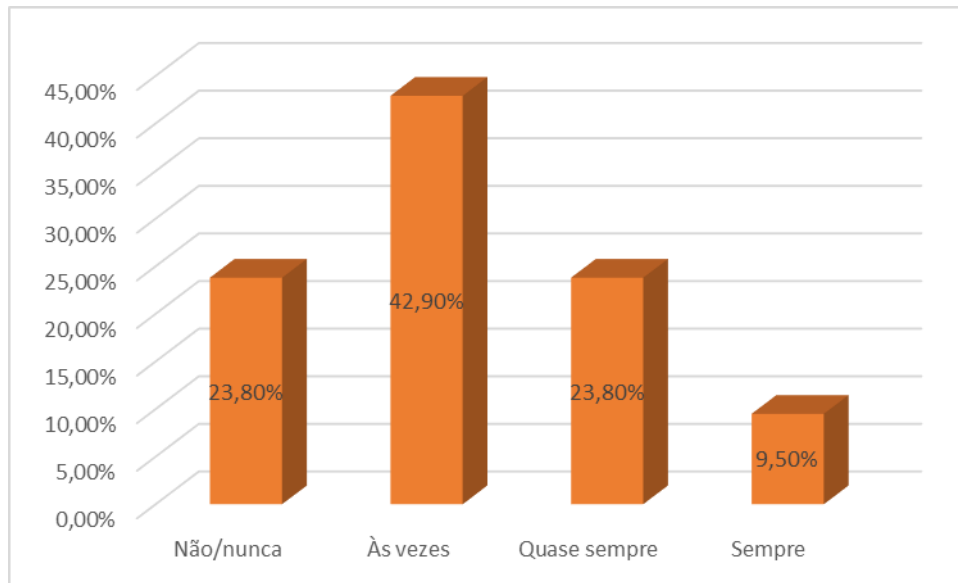
Pode contar-se que 42,9% dos cuidadores responderam “sempre” relativamente à questão “Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?”, 23,8% destes respondeu “quase sempre”, à resposta “raramente” apenas 4,8%, e com a mesma percentagem de respostas 14,3% ficaram “não/nunca” e “às vezes”.

**Gráfico 12 – “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?”**



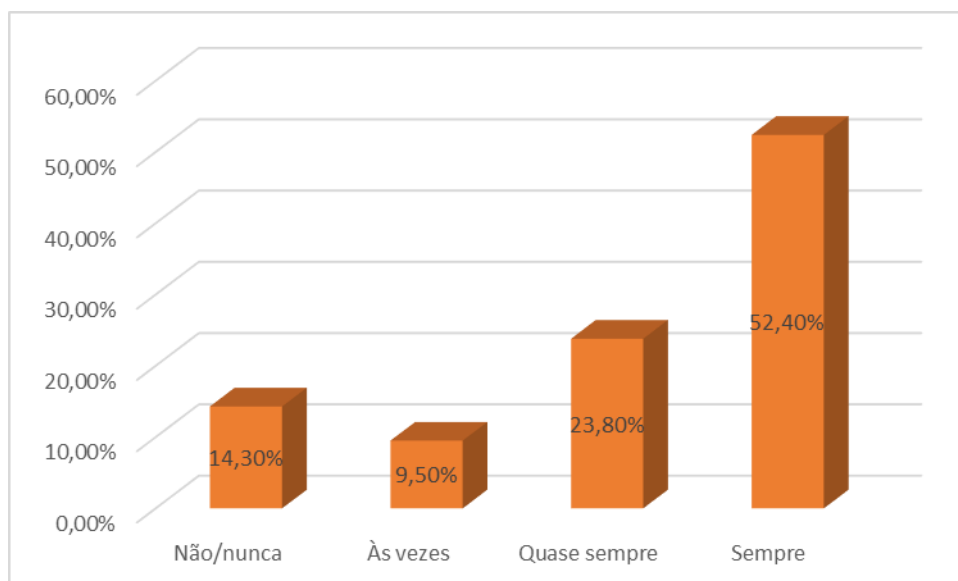
No gráfico 12, referente à pergunta “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?” quase metade da amostra respondeu “às vezes”, 23,8% escolheu a opção “sempre”, a possibilidade “não/nunca” obteve 14,3% das respostas e as restantes respostas escolheram a opção “raramente”.

**Gráfico 13 – “Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?”**



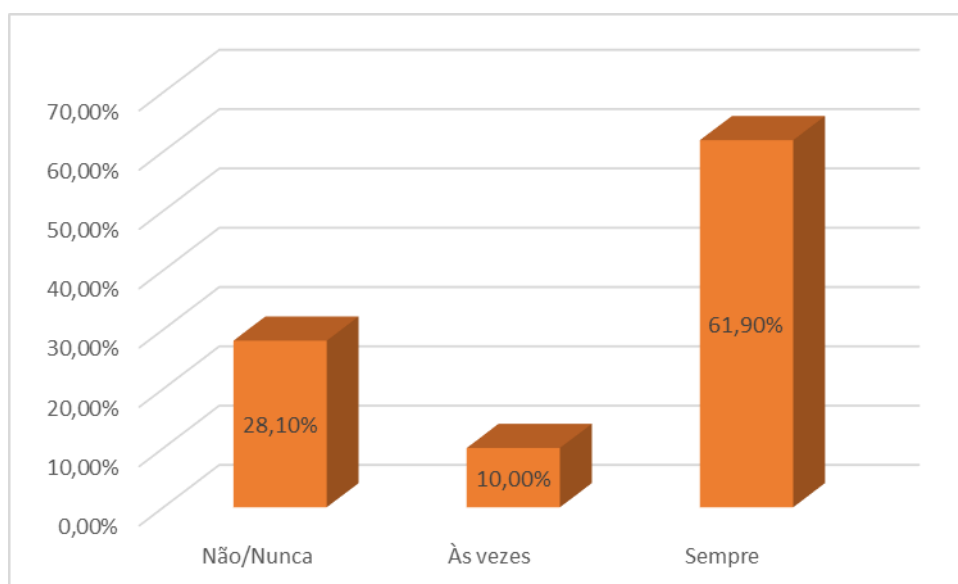
À pergunta “Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?” colocada aos cuidadores informais de pessoas idosas, obtiveram-se 42,9% das respostas na possibilidade “às vezes”, 23,8% das opções escolheram as respostas “não/nunca” e “quase sempre”, já a possibilidade de resposta “sempre” ficou com 9,5% das escolhas.

**Gráfico 14 – “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?”**



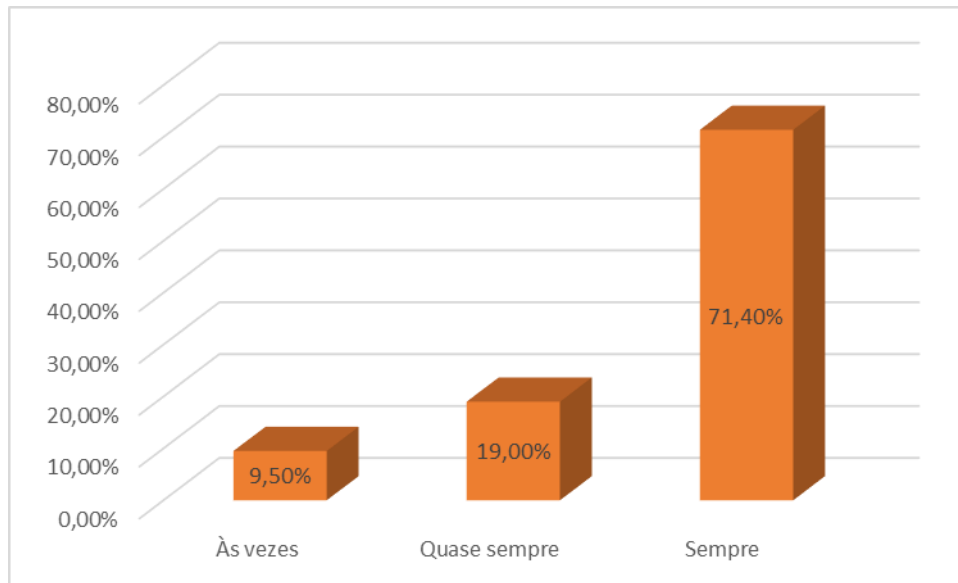
Quanto à pergunta “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?” ilustrada pelo gráfico14, mais de metade da mostra de 21 cuidadores respondeu “sempre” obtendo 52,4%, a possibilidade “quase sempre” obteve 23,8% das respostas, seguido de “não/nunca” com 14,3% e com menor percentagem a possibilidade “às vezes” com 9,5% das escolhas de resposta.

**Gráfico 15 – “Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?”**



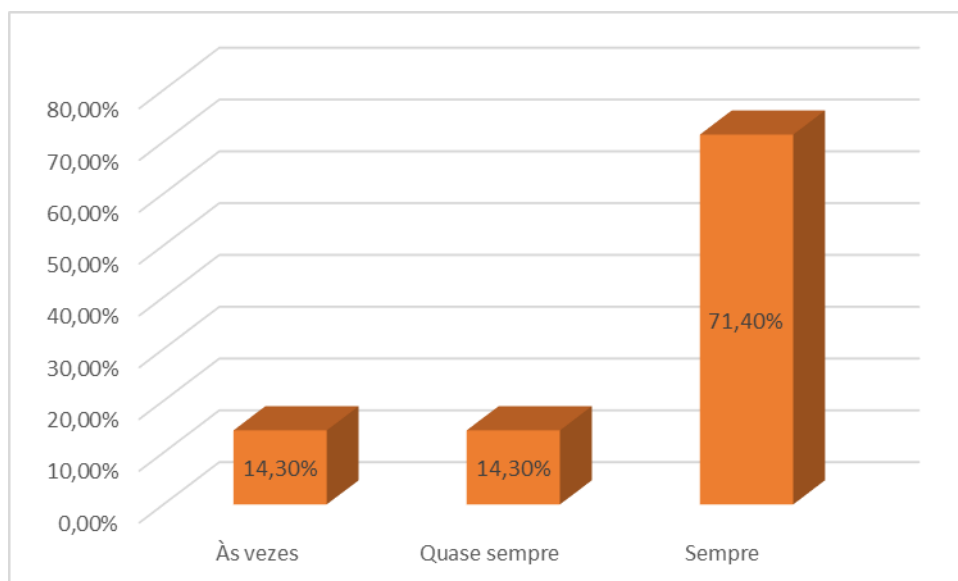
Relativamente à questão “Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?” 61,9% da amostra respondeu “sempre”, enquanto que 28,1% da amostra escolheu a opção “não/nunca”, e apenas 10% respondeu que “às vezes”.

**Gráfico 16 – “Acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar?”**



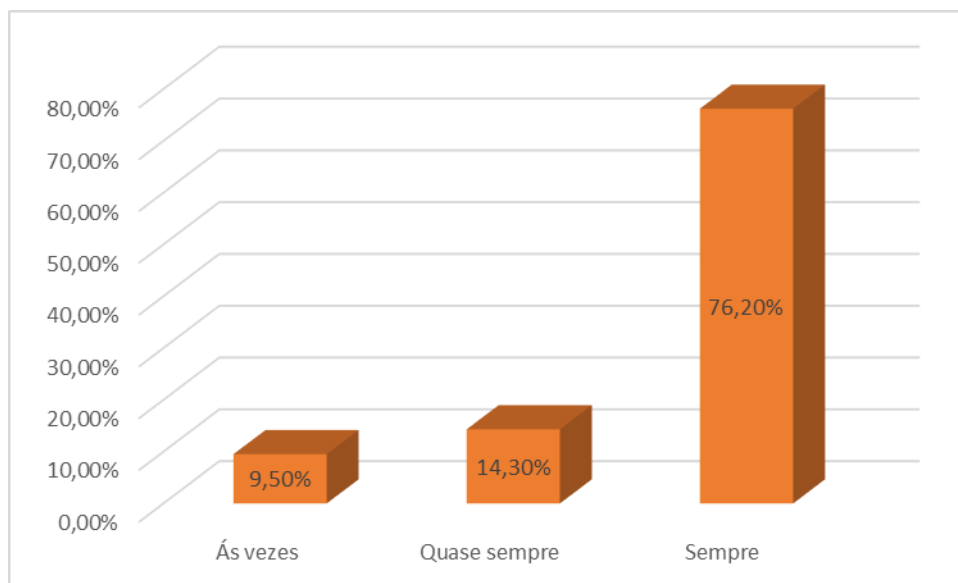
Constata-se que na pergunta “Acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar?”, houve apenas três escolhas de resposta, sendo que a esmagadora maioria optou pela opção “sempre” com 71,4%, a resposta “quase sempre” contou com 19% das opções e por último “às vezes” obteve os 9,5% restantes.

**Gráfico 17 – “Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele(a)?”**



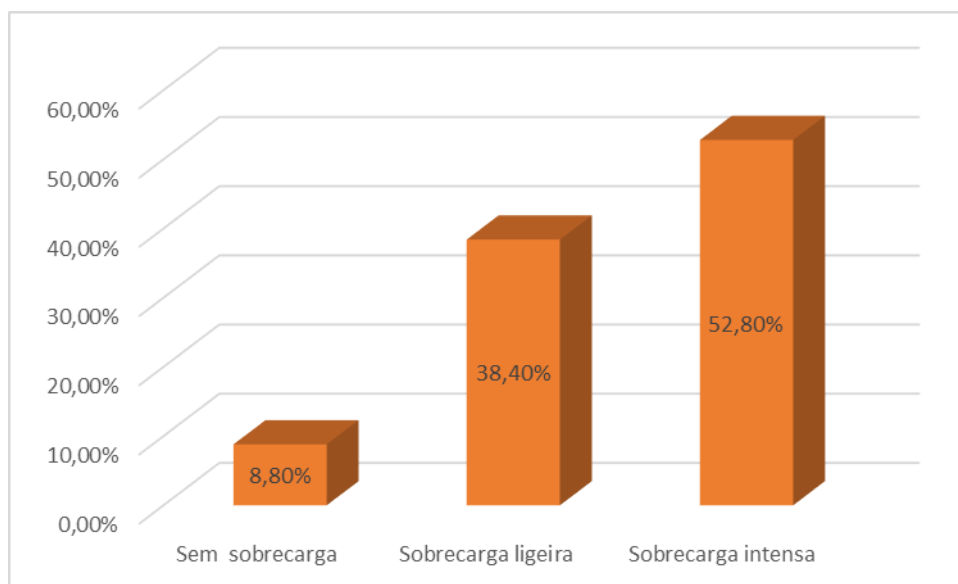
Relativamente à questão “Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele(a)?”, destacadamente a resposta “sempre” foi a mais escolhida com 71,4% das escolhas, ficando as restantes duas opções “às vezes” e “quase sempre” com 14,3%.

**Gráfico 18 – “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?”**



Através do gráfico 18, correspondente à pergunta “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?” é possível constatar que uma vez mais, os cuidadores escolheram apenas três hipóteses de resposta, sendo que a grande percentagem de respostas 76,2% disse “sempre”, enquanto que 14,3% escolheu a resposta “quase sempre” e a opção “às vezes” ficou com 9,5% das respostas.

**Gráfico 19 – Distribuição da amostra segundo os níveis de sobrecarga**



Quanto aos níveis de sobrecarga da amostra total de 21 cuidadores informais, 52,8% apresentam uma sobrecarga intensa, 38,4% têm um nível de sobrecarga ligeira e apenas 8,8% não apresentam sobrecarga.

## **2. Discussão dos resultados**

Na fase inicial da recolha de dados, o objetivo, através das questões colocadas, foi conhecer e caracterizar os cuidadores informais participantes neste trabalho. Para tal, os cuidadores responderam a perguntas direcionadas a uma caracterização sociodemográfica. Desta forma foi possível entender e conhecer a amostra.

Quanto ao sexo, pode-se verificar que a amostra em estudo é maioritariamente feminina, atingindo os 61,9%.

Relativamente à média de idades dos cuidadores informais, esta encontra-se nos 72,57 anos de idade. O participante mais novo tinha 65 anos e o mais velho 89 anos .

A moda de idades era 65 e 68 anos. Comparativamente aos estudos, é possível constatar que o sexo feminino é predominante nos cuidadores informais.

No que concerne ao estado civil, constata-se que mais de metade dos cuidadores são casados (57,1%). Dos restantes, 23,8% são viúvos e 19% da amostra são divorciados. Embora com um percentagem menos expressiva, neste estudo, mas comparativamente ao estudo de Martins, Ribeiro e Garrett (2004) é possível concluir que a maioria dos cuidadores (85,3%) são casados.

Relativamente às habilitações literárias, é possível identificar que a maior percentagem de inquiridos refere ter o 1º ciclo (47,6%), seguido do 2º ciclo com 28,6% a terem frequentado o 5º e 6º ano de escolaridade.

De salientar que desta amostra 14,3 % nunca frequentou a escola, inserindo-se assim na classe dos analfabetos. Os restantes 9,5% andaram no ensino secundário. Estes resultados vão de encontro aos verificados por Martins, Ribeiro e Garrett (2004), que obtiveram 50,2% de cuidadores com o 1º ciclo, 21,1% o 2º ciclo e ainda 7,7% dos cuidadores analfabetos.

No que diz respeito à situação profissional dos cuidadores informais, a esmagadora maioria é pensionista (88,6%). Os restantes dividem-se entre ativos e desempregados, com 4,9% e 6,5% respetivamente. Este resultado apresenta percentagens diferentes às apresentadas no estudo de Martins, Ribeiro e Garrett (2004), uma vez que, os cuidadores informais referentes a esse trabalho, tal como referido anteriormente, abrangem uma faixa etária maior.

Foi possível analisar, através deste estudo, que, 52,8% dos cuidadores informais apresentam uma sobrecarga intensa, enquanto que, 38,4% apresentam sobrecarga ligeira, e os restantes 8,8% sem sobrecarga.

A realização deste trabalho permitiu confirmar que os cuidadores informais idosos sofrem consequências a nível físico, psicológico e social, comprometendo assim o bem-estar destes indivíduos.

## **Conclusão**

A concretização deste projeto de graduação, permitiu adquirir um maior conhecimento sobre a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais idosos.

Para determinar a sobrecarga do cuidador informal idoso, foram recolhidos dados através do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (Martins et al 2003), que permitiram determinar os níveis de sobrecarga da amostra que participou no estudo.

Pode concluir-se que os cuidadores informais idosos são uma população predominantemente feminina, com uma média de idades de setenta e três anos, casados(as). A grande maioria é pensionista e com níveis baixos de escolaridade.

De salientar os fatores que se mostraram mais relevantes para a determinação dos níveis de sobrecarga. Dos cuidadores, 85,7% considera que cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico, com repostas divididas entre “sempre” e “quase sempre”. Também se pode verificar que 71,4% dos inquiridos acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar, tendo optado pela resposta “sempre”.

Grande conclusão: Verificou-se que mais de metade da amostra (52,8%) atingem valores que indicam uma sobrecarga intensa, 38,4% têm um nível de sobrecarga ligeira e apenas 8,8% não apresentam sobrecarga.

Torna-se assim de grande importância, uma intervenção por parte dos profissionais de saúde junto destes cuidadores informais, de forma a proporcionar as condições que ajudem estes a ultrapassar as principais dificuldades diárias.

O investigador é da opinião, que a criação de um serviço de apoio aos cuidadores informais, independentemente da idade, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga.

A realização deste projeto de graduação, permitiu ao investigador desenvolver capacidades e adquirir conhecimentos, permitindo assim ficar com as ferramentas básicas para conseguir alcançar os objetivos propostos inicialmente. Desta forma, permitiu a aquisição das bases necessárias para um futuro trabalho em âmbito de investigação.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, T. L. (2005). - *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família*. Ribeirão Preto: Dissertação da Universidade de São Paulo.
- Andrade, F.M. *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Instituto de Educação e Psicologia. Braga : Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Mestrado.
- Bocchi, C: *Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com AVC: uma análise de conhecimento*, Revista Latino América em Enfermagem, 1 n.12; 2004: 115-121.
- Brito, L. *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Faculdade de Medicina. Coimbra : Universidade do Porto, 2000. Dissertação de Mestrado.
- Brito, L. *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001.
- Brito L: *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Quarteto Editora, Coimbra, 2002, 1.ª Edição.
- Cancela, D. (2007). *O Processo do Envelhecimento*. Porto : [s.n.]. Trabalho apresentado à Universidade Lusíada do Porto, no decorrer do Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia.
- Carvalho, J. (2002). – *Metodologia do trabalho científico*. Lisboa, Escola editora.
- Cupertino, A.P.; Aldwin, C.M. & Oliveira, B.H. *Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de cuidadores*. *Interação em Psicologia*. 2006, Vol. 10, 1, pp. 9-18.
- Dantas, E. [et al]. (2002). *A preponderância da diminuição da mobilidade articular ou da elasticidade muscular na perda de flexibilidade no envelhecimento*. *Fitness & Performance Journal*, Vol 1, nº3, p. 12-20.

- Figlioliono, J. [et al]. (2009). *Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária*. Ver Bras Geriatr. Gerontol., Vol 12, nº2, p. 227-238.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi editores.
- Fonseca, A. M. (2004). - *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M. F. (1999). – *O processo de Investigação: Da concepção à realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2003) – *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. 3ª Edição, Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2006). - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2009). – *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Lee, H.S.; Kim, D.K. & Kim, J. *Stress in caregivers of demented people in Korea - a modification of Pearlin and colleagues' stress model*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006, Vol. 21, pp. 784-791.
- Marques, S. *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra : Formasau, 2007.
- Martín, I.; Paúl, C. & Roncon, J. *Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal*. Psicologia, Saúde & Doenças. 2000, Vol. 1, 1, pp. 3-9.
- Martins, T.; Ribeiro, J.L.P. & Garrett, C. *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde & Doenças. 2003, Vol. 4, 1, pp. 131-148.
- Martins, T.; Ribeiro, J.L.P. & Garrett, C. *Questionário de Avaliação do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas*. Referência. 2004, Vol. 11, pp. 17-31.
- Martins, Teresa. *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006.

- Moreira, A. J.(2009). *Composição corporal de idosos segundo antropometria*. Ver. Bras Geriatr. Gerontol., Vol.12, nº2, p. 201-213.
- Paul, M. C. (1997). – *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Livraria Almeida.
- Polit, D. et al (2004). – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação, Utilização*. Brasil, Artmed Editora.
- Roig, M.V.; Abengózar, M.C. & Serra, E. *La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer*. *Anales de Psicología*. 1998, Vol. 14, 2, pp. 215-227.
- Sales, E. *Family burden and quality of life*. *Quality of Life Research*. 2003, Vol. 12, pp. 33-41.
- Savage, S. & Bailey, S. *The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature*. *Australian Health Review*. 2004, Vol. 27, 1, pp. 103-109
- Sequeira, C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Porto : Lidel - Edições técnicas, Lda, 2010.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto, Ambar.
- Spar, J. E., Rue, A. L., (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Van den Heuvel, E.TP; Witte, L.P.; Schure, L.M.; Sanderman, R. & Meyboom-de Jong, B. *Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention*. *Clinical Rehabilitation*. 2001, Vol. 15, pp. 669-677.
- Vilelas, J. (2009) – *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa : Edições Sílabo.
- World Health Organization: *Man ageing and health – Achieving health across the Span*, WHO, Geneva, 2001.

## Webgrafia

- INE: Censos (2011) – Resultados Provisórios. Lisboa. [Em linha]. Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS). [Consultado em 08/04/2015].
- Jupp, V. (2006). The Sage Dictionary of Social Research Methods. [Em Linha]. Disponível em [https://books.google.pt/books?id=RyiL-Hi0wFcC&printsec=frontcover&dq=Victor+Jupp%hl=pt-PT&sa=X&ei=F1A1VbKFFO4AUdqJgdAE&redir\\_esc=y#v=onepage&qq=Victor%20Jupp&f=false](https://books.google.pt/books?id=RyiL-Hi0wFcC&printsec=frontcover&dq=Victor+Jupp%hl=pt-PT&sa=X&ei=F1A1VbKFFO4AUdqJgdAE&redir_esc=y#v=onepage&qq=Victor%20Jupp&f=false). [Consultado em 18/04/2015].
- McLean, C. (2006). Questionnaire. [Em linha]. Disponível em <http://srmo.sagepub.com/view/thesagedictionaryofsocialresearchmethods/n68.xml>. [Consultado em 26/03/2015].
- Pordata. (2014). Índice de envelhecimento na Europa. [Em linha]. Disponível em <http://www.pordata.pt/europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609.>> [Consultado em 19/04/2015].

## **ANEXOS**

Anexo 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Designação do Estudo (em português):*

-----  
-----

**Eu, abaixo-assinado (nome completo)** -----

-----,  
**responsável pelo participante no projeto (nome completo)** -----

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

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

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

**Assinatura do Responsável pelo participante no projeto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

## Anexo 2

### Instrumento de recolha de dados

#### I - Caracterização Sociodemográfica

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos

2. Sexo: M  F

3. Estado Civil:

Solteiro.....

Casado(a).....

Divorciado.....

Separado.....

Viúvo.....

Outro.....

4. Habilitações Literárias:

Analfabeto.....

1ºciclo.....

2ºciclo.....

3ºciclo.....

Secundário.....

Bacharel.....

Licenciado.....

Outro.....

5. Situação perante o Emprego:

Ativo(a).....

Desempregado(a).

Doméstico(a).....

Pensionista.....

Outro.....

## II - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI

Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)\*

\* Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)

|  | Não/<br>Nunca | Raram<br>ente | Às<br>vezes | Quase<br>sempre | Sempre |
|--|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|
| 1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?  |               |               |             |                 |        |
| 2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?   |               |               |             |                 |        |
| 3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?   |               |               |             |                 |        |
| 4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?  |               |               |             |                 |        |
| 5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?   |               |               |             |                 |        |
| 6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?  |               |               |             |                 |        |
| 7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?   |               |               |             |                 |        |
| 8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?          |               |               |             |                 |        |
| 9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?                                  |               |               |             |                 |        |
| 10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?   |               |               |             |                 |        |
| 11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?                  |               |               |             |                 |        |
| 12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?   |               |               |             |                 |        |
| 13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?  |               |               |             |                 |        |
| 14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar? |               |               |             |                 |        |
| 15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?   |               |               |             |                 |        |
| 16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?   |               |               |             |                 |        |

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

### Anexo 3

#### Tratamento de Dados

**Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo**

|           | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|-----------|---------------------|---------------------|
| Feminino  | 13                  | 61,9%               |
| Masculino | 8                   | 38,1%               |
| Total     | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária**

| Idades | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------|---------------------|---------------------|
| 65     | 3                   | 14,3%               |
| 66     | 2                   | 9,5%                |
| 68     | 3                   | 14,3%               |
| 69     | 1                   | 4,8%                |
| 71     | 1                   | 4,8%                |
| 72     | 2                   | 9,5%                |
| 73     | 1                   | 4,8%                |
| 74     | 1                   | 4,8%                |
| 75     | 1                   | 4,8%                |
| 76     | 1                   | 4,8%                |
| 78     | 1                   | 4,8%                |
| 80     | 2                   | 9,5%                |
| 84     | 1                   | 4,8%                |
| 89     | 1                   | 4,8%                |
| Total  | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil**

|            | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|------------|---------------------|---------------------|
| Casado     | 12                  | 57,1%               |
| Viúvo      | 5                   | 23,8%               |
| Divorciado | 4                   | 19,0%               |
| Total      | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias**

|            | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|------------|---------------------|---------------------|
| Analfabeto | 3                   | 14,3%               |
| 1º ciclo   | 10                  | 47,6%               |
| 2º ciclo   | 6                   | 28,6%               |
| Secundário | 2                   | 9,5%                |
| Total      | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| Ativo        | 1                   | 4,9%                |
| Desempregado | 2                   | 6,5%                |
| Pensionista  | 15                  | 88,60%              |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 6 - “Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 1                   | 4,8%                |
| raramente    | 1                   | 4,8%                |
| às vezes     | 6                   | 28,6%               |
| quase sempre | 4                   | 19,0%               |
| sempre       | 9                   | 42,9%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 7 - “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| raramente    | 2                   | 9,5%                |
| às vezes     | 4                   | 19,0%               |
| quase sempre | 4                   | 19,0%               |
| sempre       | 11                  | 52,4%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 8 - “Entra em conflito consigo próprio(a) por estar a tomar conta do seu familiar?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 11                  | 52,4%               |
| raramente    | 2                   | 9,5%                |
| às vezes     | 6                   | 28,6%               |
| quase sempre | 1                   | 4,8%                |
| sempre       | 1                   | 4,8%                |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 9 - “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 5                   | 23,8%               |
| raramente    | 1                   | 4,8%                |
| às vezes     | 6                   | 28,6%               |
| quase sempre | 2                   | 9,5%                |
| sempre       | 7                   | 33,3%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 10 - “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| às vezes     | 3                   | 14,3%               |
| quase sempre | 5                   | 23,8%               |
| sempre       | 13                  | 61,9%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 11 - – “Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 3                   | 14,3%               |
| raramente    | 1                   | 4,8%                |
| às vezes     | 3                   | 14,3%               |
| quase sempre | 5                   | 23,8%               |
| sempre       | 9                   | 42,9%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 12 - “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 3                   | 14,3%               |
| raramente    | 1                   | 4,8%                |
| às vezes     | 10                  | 47,6%               |
| quase sempre | 2                   | 9,5%                |
| sempre       | 5                   | 23,8%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 13 - “Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 5                   | 23,8%               |
| às vezes     | 9                   | 42,9%               |
| quase sempre | 5                   | 23,8%               |
| sempre       | 2                   | 9,5%                |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 14 - “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| não/nunca    | 3                   | 14,3%               |
| às vezes     | 2                   | 9,5%                |
| quase sempre | 5                   | 23,8%               |
| sempre       | 11                  | 52,4%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 15 - “Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?”**

|           | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|-----------|---------------------|---------------------|
| Não/nunca | 8                   | 38,1%               |
| sempre    | 13                  | 61,9%               |
| Total     | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 16 - “Acha que tem obrigação de cuidar do seu familiar?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| às vezes     | 2                   | 9,5%                |
| quase sempre | 4                   | 19,0%               |
| sempre       | 15                  | 71,4%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 17 - “Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele(a)?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| às vezes     | 3                   | 14,3%               |
| quase sempre | 3                   | 14,3%               |
| sempre       | 15                  | 71,4%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |

**Quadro 18 - “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?”**

|              | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|---------------------|---------------------|
| às vezes     | 2                   | 9,5%                |
| quase sempre | 3                   | 14,3%               |
| sempre       | 16                  | 76,2%               |
| Total        | 21                  | 100,0%              |