

Priscila Regina Amorim Caseiro

A Sobrecarga do Cuidador Informal em Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2018

Priscila Regina Amorim Caseiro

A Sobrecarga do Cuidador Informal em Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2018

Priscila Regina Amorim Caseiro

A Sobrecarga do cuidador informal em Ponte de Lima

Priscila Caseiro

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

RESUMO

Nos tempos modernos assiste-se a um aumento da esperança média de vida, e com isso um aumento do número de idosos com dependência. Assim a necessidade de prestação de cuidados por parte de terceiros nomeadamente cuidadores é francamente maior.

Com o avançar da idade surge o aumento da dependência no idoso e com isso todas as limitações que o envelhecimento acarreta. Assim surgem os cuidadores informais, que segundo Neri e Carvalho (2002) citado por Oliveira (2009) *cit in* Sousa, partilham da opinião que o cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo do idoso.

Oliveira (2009) *cit in* Sousa (2011), salienta que as necessidades da família de cuidar da pessoa idosa dependente pode causar situações de stress e problemas de saúde físicos e mentais. Ainda assim esta função pode gerar sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e uma preocupação constante na pessoa que cuida, sendo que esta pode levar á sobrecarga do cuidador informal.

Face ao exposto surgiu o interesse por parte da investigadora de aprofundar os conhecimentos sobre esta temática e entender qual a intervenção da enfermagem. Assim, o objetivo geral delineado para o presente Projeto de Graduação foi: Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de Ponte de Lima.

A população escolhida foram cuidadores informais do concelho de Ponte de Lima e dentro dos mesmos selecionou-se uma amostra de 30 elementos com pelo menos 6 meses a exercer a atividade de cuidador informal e que pertencem ao concelho de Ponte de Lima.

Como instrumento de recolha de dados recorreu-se ao Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal da autoria da Professora Doutora Teresa Martins.

Em termos de tipo de estudo, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo simples e transversal de acordo com a metodologia de Fortin (2009).

Após análise e discussão dos dados conclui-se que dos 30 elementos que constituem a amostra, maioritariamente são do género feminino, possuem idades compreendidas entre os 21 e os 77 anos, tendo assim uma média de idades de 45 anos.

Relativamente aos dados obtidos com a aplicação do QASCI conclui-se que os fatores com mais influência na caracterização da sobrecarga do cuidador informal foram o IVP, SE, SF e RE, tendo-se obtido um nível de sobrecarga moderada com um total de 35,30%. Isto vai de encontro ao exposto por Martins (2003) em que sugere como níveis de sobrecarga: o valor 0 indica ausência de sobrecarga, de 1 a 25 considera-se sobrecarga ligeira, 25 a 50 corresponde a uma sobrecarga moderada, de 50 a 75 indica sobrecarga grave e por fim um valor maior a 75 é indicador de sobrecarga extremamente grave.

Palavras-chave: envelhecimento, cuidador informal, sobrecarga, impacto físico, impacto emocional, impacto social

Summary

In this modern times, it is attended an increase of the hope of life, and with that an increase of the number of seniors with dependence. Like this, the need of care giving on the part of third namely caretakers are frankly larger.

With the elderness, the increase of the dependence it appears in the senior and with that all of the limitations that the aging carts. Like this the informal caretakers appear, that according to Neri e Carvalho (2002) mentioned by Oliveira (2009) cit in Sousa, share of the opinion that the informal caretaker is habitually a relative or somebody very close of the senior.

Oliveira (2009) cit in Sousa (2011), points out that the needs of the family to take care of the dependent senior person can cause stress situations and physical and mental problems. Nevertheless this function can generate frustration feelings, anxiety, inquietude and a constant concern in the person that takes care, and this can take the informal caretaker's á overload.

Face to the exposed the interest appeared on the part of the investigator of to deep the knowledge on this theme and to understand which the intervention of the nursing. Like this, the general objective delineated for the present Graduation Projert was: To evaluate the informal caretakers from Ponte Lima overload.

The chosen population was informal caretakers of the county of Ponte Lima and inside of the same ones a sample of 30 elements was selected with at least 6 months to exercise informal caretaker's activity.

As instrument of colleting data was the Questionnaire of Evaluation of the Overload of the Informal Caretaker of the Teacher's authorship Teresa Martins. In terms of study type, was a simple and traverse study quantitative, descriptive in agreement with the methodology of Fortin (2009).

After analysis and discussion of the data the 30 elements that constitute the sample, most part are of the feminine gender, they possess ages understood between the 21 and the 77 years, tends like this an average of 45 year-old.

In concern to the data obtained with the application of QASCI is ended that the factors with more influence in the characterization of the informal caretaker's overload were IVP, IF, SF and RE, having obtained a level of moderate overload with a total of 35,30%. This goes to same information into the exposed by Martins (2003) in that suggests as overload levels: the value 0 indicates overload absence, from 1 to 25 is considered quick overload, 25 to 50 correspond to a moderate overload, from 50 to 75 indicates serious overload and finally a larger value to 75 is indicative of extremely serious overload.

Word-keys: aging, informal caretaker, overload, physical impact, emotional impact, social impact.

Agradecimentos

Expresso os meus sinceros agradecimentos ao professor José Teixeira, pela orientação durante os 4 anos de Curso, pela orientação na realização deste estudo e por todo o apoio fornecido para ultrapassar os obstáculos que o Curso de Licenciatura obrigava.

Agradeço especialmente aos meus pais pelo esforço que fazem todos os dias para me fornecerem a oportunidade de estudar para um dia ser Enfermeira.

Agradeço há minha família por me terem ensinado a nunca desistir, pelo apoio que me dão todos os dias e pelo esforço que fizeram para me projetarem a oportunidade de estudar.

Agradeço ao meu namorado por todas as palavras de conforto nas horas certas, por toda a paciência em ouvir as lamentações de um dia menos fácil, por ter acreditado que seria capaz de me erguer nos momentos de fracasso.

Agradeço a Catarina Cunha e Margarida Lima, amigas e companheiras de curso, por todas as palavras e apoio que me deram neste percurso, pela união que houve entre nós e por toda a sinceridade que nos une.

Agradeço a todos os enfermeiros e restantes equipas multidisciplinares que me acompanharam nesta longa caminhada durante os 4 anos, pelos seus ensinamentos, experiências partilhadas, apoio e encorajamento nos momentos mais difíceis.

Não posso deixar de agradecer á Universidade Fernando Pessoa e a todos os professores e funcionários por contribuíram para o meu percurso académico.

Quero agradecer também á Professora Doutora Teresa Martins pela disponibilidade em facultar o seu questionário e esclarecer todas as dúvidas.

Obrigado aos colegas de curso pelo respeito em ouvirem as minhas opiniões.

Pensamento

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados!”

Florence Nightingale

Lista de Abreviaturas

AIVD's- Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's- Atividades de Vida Diárias

DGS- Direção Geral de Saúde

INE- Instituto Português de Estatística

IVP -Implicações da vida pessoal

Nº- Número

PMEC- Perceção dos mecanismos da eficácia e controlo

QASQI- Questionário de Avaliação do Cuidador Informal

Q- Questão

RE- Reações a exigências

SE - Sobrecarga emocional a nível familiar

SF- Sobrecarga financeira

SPF- Satisfação com o papel e como familiar)

SPSS- Statistical Package for the SocialSciences v.22)

SUF- Suporte Familiar

%- Percentagem

Índice

Introdução.....	16
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1. O problema de investigação	18
i. Domínio da investigação	19
ii. Questões pivô e questão de investigação	20
2. Revisão da literatura	22
i. Envelhecimento	22
ii. Cuidador Informal	25
iii. Sobrecarga do Cuidador Informal	27
iv. Impacto físico, emocional e social nos cuidadores informais.....	29
v. Aspectos positivos experienciados pelos cuidadores.....	32
vi. Fatores influenciadores de sobrecarga	33
vii. Cuidados de enfermagem ao cuidador informal	34
3. Objetivos.....	36
II. FASE METODOLÓGICA	38
1. Desenho de investigação	38
i. Tipo de estudo.....	39

ii.	População-alvo, amostra e processo de amostragem	40
iii.	Variáveis em estudo	41
iv.	Instrumento de recolha de dados	42
v.	Tratamento e apresentação dos dados	46
2.	Salvaguarda dos princípios éticos.....	46
III.	FASE EMPÍRICA	48
1.	Apresentação, análise, interpretação e discussão dos dados	48
	CONCLUSÃO.....	56
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

Anexos

Anexo 1 – Apresentação, análise e interpretação dos dados

Anexo 2 - QASCI- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Anexo 3 - Consentimento Informado

Anexo 4 - Carta de autorização para uso do QASCI

Anexo 5 - Índice de Lawton e Brody

Índice de tabelas

Tabela 1- índice de Lawton e Brody	46
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo a idade	48
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo o género.....	49
Tabela 4- Distribuição da amostra segundo o parentesco	49
Tabela 5- Distribuição da amostra segundo à quanto tempo desempenha a função como cuidador informal	50
Tabela 6- Distribuição da amostra segundo o Índice de Lawton e Brady.....	51
Tabela 7- Análise descritiva da Sobrecarga dos Cuidadores Informais de acordo com os 7 Factores.....	52
Tabela 8- Análise descritiva da Sobrecarga Geral dos Cuidadores Informais	54

Índice de gráficos

Gráfico 1- Índice de Envelhecimento (INE, PORDATA)..... 24

Introdução

O presente projeto de investigação surge no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação, do 4ºano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa- Unidade de Ponte de Lima, tendo como tema *A Sobrecarga Do Cuidador Informal em Ponte de Lima*.

Segundo a DGS, cuidar de uma pessoa dependente acarreta um impacto na funcionalidade normal da família trazendo repercussões negativas como a sobrecarga dos cuidados, saúde física e mental e questões profissionais. Por outro lado assume repercussões positivas como a satisfação na prestação do cuidado

Martins, Ribeiro e Garrett (2003), afirma que a sobrecarga do cuidador informal é “uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador”.

É com base nestes pressupostos que se pretende apurar qual o impacto físico, emocional e social na vida pessoal de um cuidador informal sendo este uma das realidades em expansão em Portugal.

Face ao exposto o objetivo geral definido para este projeto de graduação é Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de Ponte de Lima. Na mesma linha de pensamentos os objetivos específicos são:

- Identificar o impacto físico em cuidadores informais de Ponte de Lima;
- Analisar o impacto emocional em cuidadores informais de Ponte de Lima;
- Analisar o impacto social em cuidadores informais de Ponte de Lima.

Por outro lado, foi pretensão da aluna aprofundar o tema em questão sendo este uma das realidades mais presentes no seu país e que com o aumento da esperança média de vida prevê-se um aumento no número dos cuidadores informais.

De acordo com os objetivos delineados optou-se por um estudo quantitativo, descritivo simples. Quanto ao instrumento de recolha de dados recorreu-se ao questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal da autora Professora Doutora Teresa Martins aplicado a uma amostra de 30 elementos com pelo menos 6 meses a exercer a atividade de cuidador informal que pertencem ao concelho de Ponte de Lima.

O estudo em questão teve início em Setembro de 2017 e término em Junho de 2018.

Assim dos resultados obtidos nesta investigação verificou-se que a amostra era maioritariamente cuidadores informais do género feminino sendo que os mesmos apresentaram uma sobrecarga moderada.

Relativamente ao QASCI, os fatores com mais influência na caracterização da sobrecarga do cuidador informal foram nomeadamente IVP, SE, SF e RE, o que vai de encontro á literatura e corresponde aos objetivos delineados para este estudo. Ou seja, os cuidadores informais experienciam um impacto físico, emocional, financeiro e social provocando assim uma sobrecarga significativa no seus ser.

I. FASE CONCEPTUAL

O domínio da investigação advém de uma curiosidade despertada pelo investigador, de modo a responder á problemática questionada por si.

Desta forma, segundo Fortin (p.63):

A fase conceptual consiste num conjunto de atividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objetivo, das questões ou das hipóteses. Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara e precisa do problema considerado.

Para tal, a mesma autora delinea cinco pontos fulcrais afirmando que esta fase “ (...) dá à investigação uma orientação e objetivo” Fortin (2009, p.49).

Assim sendo, apresentam-se como problema de investigação, o domínio de investigação, as questões pivôt e questão de investigação, revisão de literatura e os objetivos.

1. O problema de investigação

O problema da investigação marca o início de uma investigação, onde segundo Fortin (2009, p.52) “É o desenvolver de uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observação, conceitos e raciocínios relativos ao estudo”

É portanto o ponto de partida para qualquer aprofundamento do tema, aquando explicado e fundamentado nasce uma investigação.

Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos, e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condena os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo (Fortin, 2009).

Ainda para a mesma autora, Fortin (2009, p.80) refere ainda que “justificar a investigação é demonstrar que ele responde às preocupações atuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos.”

Desta forma, o problema de investigação deve ser argumentado e justificado, tal como citando Fortin (2009, p.143):

(...) Por 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 da investigação...

Assim, face o exposto, a investigação conduz à problemática: Qual a Sobrecarga dos Cuidadores Informais em Ponte de Lima.

i. Domínio da investigação

Para Fortin (2009, p.67)

O tema do estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.

Para Carvalho (2002, p.108)

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

É com base nestes pressupostos que a Sobrecarga dos Cuidadores Informais foi o tema elegido, procurando aprofundar as questões físicas/emocionais/sociais que o cuidar de uma pessoa dependente acarreta. O interesse por esta temática surgiu aquando o ensino clinico de Saúde Comunitária no 2º ano da Licenciatura em Enfermagem no contexto das necessidades encontradas nas visitas domiciliárias.

Atualmente, o envelhecimento da população é consequência do aumento de esperança de vida, melhoria da saúde pública e avanços da medicina traduzindo-se em alterações da estrutura da faixa etária. Deste modo a sociedade depara-se com um envelhecimento populacional acrescido que acarreta responsabilidades e mudanças na dinâmica funcional das famílias.

Assim, o cuidar de uma pessoa dependente acarreta um impacto na funcionalidade normal da família trazendo repercussões negativas como a sobrecarga dos cuidados, saúde física e mental e questões profissionais

Martins, Ribeiro e Garrett (2003) afirma que a sobrecarga do cuidador informal é

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

Por outro lado assume repercussões positivas como a satisfação na prestação do cuidado, tal como descreve Maria Pereira (2007) *cit in* Rego (2016).

Cuidar é uma prática milenar, universal e de todos os tempos, desde que a vida existe existem cuidados na medida em que se torna necessário tomar conta da vida para que esta possa permanecer. Em todas as ações do cuidado verifica-se um interesse e uma preocupação com o bem-estar de outra pessoa, conduzindo este objetivo ao desenvolvimento de determinadas ações.

ii. Questões pivô 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.

Segundo a opinião de Fortin (2009, p.72) “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”

Ainda para a mesma autora, uma questão de investigação é um enunciado claro e não equivoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica. Fortin (2009, p.73)

Segundo Brink e Wood (2001) *cit in* Fortin (2009, p.73) “Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô”.

Fortin (2009,p.73) afirma ainda que (...) a questão pivô é uma interrogação que procede o tema de estudo e o situa num certo nível de conhecimentos”.

Portanto, foi delineada a seguinte questão pivô:

- Qual a sobrecarga dos cuidadores informais do concelho de Ponte de Lima?

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 o impacto físico dos cuidadores informais de Ponte de Lima?
- Qual o impacto emocional dos cuidadores informais de Ponte de Lima?
- Qual o impacto social dos cuidadores informais de Ponte de Lima?

2. Revisão da literatura

A revisão da literatura consiste em rever e analisar publicações e documentos com os mesmos conceitos do tema em questão de forma a relacioná-los e sustentar o desenvolvimento da investigação em causa.

Segundo Hungler e Polit (2007, p.77), após selecionar um tema para a investigação, torna-se indispensável a leitura de forma a sustentar o problema e a formular as perguntas relacionadas com a investigação, de forma a criar uma fonte de ideias para a mesma. (Hungler e Polit, 2007, p.77).

A revisão da literatura segundo Fortin (2009, p.87) trata-se de,

(...) 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 (...).

A mesma autora refere ainda (2009, p.87)

(...) permite delimitar o problema de investigação, verificar lacunas e fixar o objetivo de estudo a empreender (...) faz-se em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve proceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação (...).

Tendo em conta o exposto, a revisão de literatura envolve os conceitos de Envelhecimento, Cuidador Informal, Sobrecarga do cuidador informal, o impacto físico no mesmo, o impacto emocional e o impacto social.

i. Envelhecimento

O envelhecimento pode ser entendido por um processo inevitável constituído por várias mudanças ao nível biológico, psicológico e social ao longo do ciclo vital. Para Sequeira, (2010) *cit in* Veiga (2016), o mesmo, constitui alterações progressivas a nível físico e mental em associação á idade cronológica do indivíduo.

Na mesma linha de pensamento, Fontaine *cit in* Jordão (2013) considera que o envelhecimento é definido por um conjunto de processos que acontecem no organismo após a fase de desenvolvimento. Assim entende-se que é um processo complexo resultante de vários factores biológicos, psicológicos e sociais levando a um equilíbrio entre benefícios e limitações.

De entre as limitações que surgem ao longo do processo do envelhecimento destaca-se o aparecimento das doenças crónicas e com estas o aumento do grau de dependência da pessoa idosa. Sequeira *cit in* Almeida (2015) refere que o conceito de dependência se relaciona com a impossibilidade da pessoa satisfazer as suas necessidades humanas básicas, tendo que recorrer a ajuda de terceiros nomeadamente aos chamados cuidadores informais.

Em conformidade com este autor, Guedes, Moura et al. (2009) *cit in* Lopes (2010) afirma que os cuidadores são “pessoas que se ocupam de indivíduos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia”.

Atualmente, em Portugal, acompanha-se um aumento de envelhecimento demográfico devido a diversos factores nomeadamente o aumento de esperança média de vida, melhoria dos serviços de saúde, baixa fecundidade aliado também à melhoria da qualidade de vida. Desta forma assiste-se a um aumento de pessoas com dependência nas suas atividades diárias. (Martins Ribeiro e Garrett, 2004; Lanhe et al, Moura et al., 2009; Petronilho,2010. *cit in* Lopes 2010).

Assim e em consenso com os fatores nomeados, as melhorias de condições socioeconómicas auxiliam o aumento da longevidade da população e conseqüentemente um numero aumentado de pessoas idosas. Por outro lado este aumento do envelhecimento obriga que a sociedade a se deparar com situações como a implementação de cuidadores de cariz formal e informal (Sequeira, 2010 *cit in* Veiga 2016).

O INE considera que o idoso é aquele individuo que possui 65 ou mais anos. Assim, de acordo com os dados da mesma fonte, como se pode observar no gráfico nº1, constata-

se que há um aumento considerável no índice de envelhecimento desde 2000 a 2016 sendo que o INE considera que “O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens.”

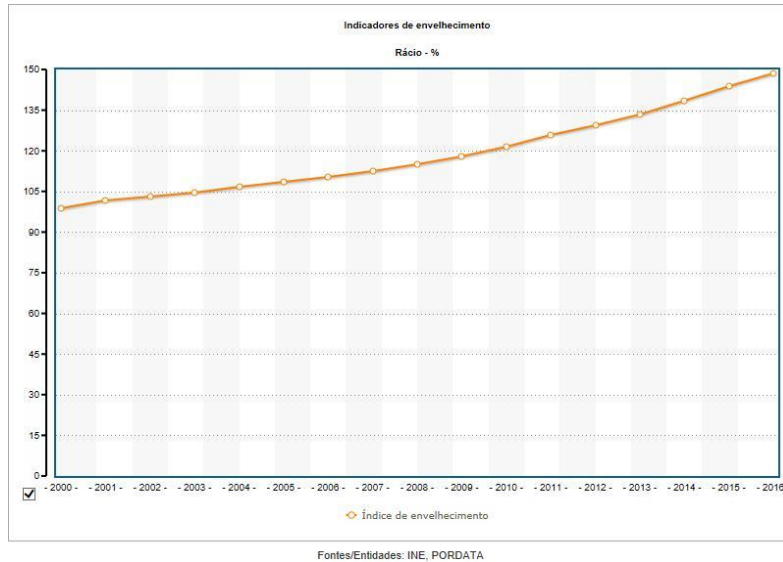


Gráfico 1- Índice de Envelhecimento (INE, PORDATA)

Analisando os dados do gráfico 1 pode-se verificar que a tendência do índice de envelhecimento em Portugal é aumentar e segundo (Caldas, 2003; Hanson, 2005 *cit in* Araújo, Ramirez e Martins, 2010 *cit in* Moreira, 2015),

(...) é estimado que em 2050, Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos e menos percentagem de população ativa, e pela evidência empírica, o aumento progressivo de pessoas idosas, sobretudo as muito idosas (...) vão resultar num significativo aumento de incidência de situações de dependência. Esta dependência é vivido como uma crise provocada pelas transformações que ocorrem na pessoa bem como na sua família.

Além do envelhecimento ser um processo biológico e inevitável, ocorrem paralelamente alterações sociais e familiares. Assim sendo, Veiga (2015) refere que estrutura e composição familiar é alterada trazendo preocupações relativamente ao apoio familiar que os idosos precisam receber, sendo que o envelhecer acarreta limitações como perdas cognitivas, funcionais e sociais. Além destas preocupações, as famílias sofrem

alterações tendo em conta a exigência dos cuidados domiciliários e às mudanças no dia-a-dia das famílias, levando assim á temática do Cuidador Informal.

ii. Cuidador Informal

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 individuo fica incapacitado de realizar AVD's, aparecendo assim um elemento que fica responsável pelo idoso, ao qual denomina-se por Cuidador Informal.

Segundo Garcia *cit in* Branco (2015) o 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 necessidade básicas da vida diária mas de todo o apoio que se presta em situações de dependência física, emocional e social e ainda gestão da doença.

Na mesma linha de pensamento Squire *cit in* Almeida (2015) define cuidar:

(...) forma de prestar cuidados, percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções a ser prestada pela família, e pode ser visto como a arte de assumir a responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer/responder às suas necessidades e, sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem cuida.

Assim o Cuidador informal é aquele que cuida mais proximamente, durante mais tempo e que colabora nas AVD's em que a pessoa necessita de ajuda, sendo que a mesma é não remunerada, independentemente da sua formação ou experiencia de vida. (Pacheco e Rocha *cit in* Almeida 2015).

De acordo com Born (2006) *cit in* Lopes (2010), o cuidador informal pode ser desempenhado por algum familiar, amigo ou até mesmo vizinho. Porém o mais habitual

é serem familiares diretos, de meia-idade e do sexo feminino (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003 *cit in* Lopes, 2010).

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 (Conselho internacional de Enfermeiros, 2009 *cit in* Veiga, 2016). Assim 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 contactos sociais, independentemente da idade da pessoa a cuidar e da idade do cuidador (Serra e Gemito, 2013 *cit in* Veiga, 2016).

Desta forma afirma-se que a família tem um papel ativo no processo de dependência e de resposta às necessidades da pessoa dependente (Cardoso, 2011).

Na escolha do prestador de cuidados, existem vários factores que influenciam um familiar assumir-se como cuidador informal tais como afetividade entre o idoso dependente e o prestador de cuidados, sentimentos de obrigação, resignação, impossibilidade de escolha, inexperiência e relacionamento pré existe (Cattani e Girardon-Perlini, 2004 *cit in* Cardoso, 2011).

Porém a literatura assume que maioritariamente, os cuidadores informais 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 (Brewer, 2001; Ducharem e Trudão, 2002; Martins et al., 2003; Rebelo, 1996; Veríssimo e Moreira, 2004) *cit in* Cardoso 2011).

Além disso o familiar que se assume como principal prestador de cuidados, é por norma alguém com maior proximidade física ou coabitante com a pessoa dependente (Gonçalves, 2002; Martins, 2006; Mocket al., 2002; Veríssimo e Moreira, 2004 *cit in* Cardoso,2011) nomeadamente marido/esposa, filha, neta ou outro.

O cuidar de alguém responsabiliza o prestador de cuidados responder às necessidades da pessoa dependente que perdeu a sua capacidade funcional. Para tal, o cuidador informal

assume novos encargos quer a nível emocional, físico e/ou psicológico que colocam em risco equilíbrio dinâmico da família (Radovanovic, Waidman, Felipes, Ferrari e Marcon, 2004; Roca et al., 1999 *cit in* Cardoso, 2011).

De entre todas as necessidades da pessoa dependente, Imaginário (2004) *cit in* Cardoso (2011), os cuidados dividem-se em expressivos e instrumentais, sendo que os expressivos referem-se aos afetos como carinhos, conforto, companhia, enquanto os instrumentais salientam os cuidados físicos como alimentação e higiene, acompanhamento a consultas, gestão de medicação, entre outros.

Sousa (2011), salienta que o cuidador informal não pode ser entendido apenas como apoio nas realizações de atividades básicas e instrumentais por um familiar, vizinho ou outra pessoa não remunerada, com finalidade na satisfação das necessidades do idoso. Mas sim como uma função que envolve a vida pessoal do cuidador, assim como alterações na dinâmica da mesma.

Na mesma linha de pensamentos, Cupertino, Aldwin e Oliveira, (2006) *cit in* Rodrigues (2011), o cuidar de uma pessoa implica várias adaptações quer físicas, sociais, cognitivas e emocionais levando muitas vezes ao conceito de sobrecarga do cuidador informal ou, por outro lado, satisfação pessoal.

Assim Sena e Gonçalves *cit in* Cardoso afirma que o cuidar: “constitui uma oportunidade de saúde, dignidade, respeito, afetividade, amor ao próximo, inserção social, exercício de cidadania, enfim, oportunidade de vida para os cuidadores”.

iii. Sobrecarga do Cuidador Informal

O cuidar de uma pessoa com limitações acarreta repercussões positivas e negativas para o cuidador informal. Porém com fator de tempo e personalidade da pessoa dependente, o cuidador informal pode tomar opiniões diferentes sobre o cuidar.

De acordo com Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) *cit in* Gaspar, desempenhar o papel de Cuidador Informal interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos

cuidadores. Estas alterações podem vir a exprimir-se em Sobrecarga do Cuidador Informal.

O conceito de Sobrecarga é entendido como um conjunto de consequências que acontecem na sequência de um contacto próximo com um idoso dependente com/sem dependência. Garcia (2010) *cit in* Moreira (2015). Assim pode-se afirmar que a sobrecarga traduz-se em suportar os cuidados da pessoa a ser cuidada num dever contínuo.

Na mesma linha de pensamento, Martins, Ribeiro e Garrett (2003) *cit in* Jordão (2013), a sobrecarga do cuidador informal é entendida como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e incapacidade mental dos idosos, correspondendo á percepção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

Como já foi referido, quando um familiar assume a função de cuidador informal, a dinâmica familiar fica também afetada, pois existem alterações individuais e familiares. Contudo são as alterações individuais que se sobressaem sendo que é o cuidador que fica com níveis de sobrecarga elevados, podendo levar a situações de crise (Cardoso, 2011).

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 (Silver e Wellman, 2002 *cit in* Cardoso, 2011).

Também Doornbos, 2002; Fernandes e Garcia, 2009b *cit in* Cardoso,2011, afirma que o cuidado continuado associado a fatores geradores de stress predispõe o cuidador informal em maior risco de desenvolver patologias semelhantes á pessoa dependente como artrite, hipertensão arterial, doenças coronárias, processos dolorosos, modificações no sistema imunológico, dispepsia, entre outros.

Tendo em conta o exposto considera-se que o papel do cuidador informal a longo prazo, manifesta-se em tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução do convívio e alteração de auto estima (Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) *cit in* Gaspar), sendo que as mesmas podem se traduzir em graves problemas de saúde (Brito, 2002 *cit in* Gaspar).

Por outro lado, existem Cuidador Informais que consideram que o Cuidar de uma pessoa com/sem dependência não se traduz em repercussões negativas como a Sobrecarga mas sim repercussões positivas como satisfação do cuidador que se traduzem em sentimentos de gratidão, empatia, dever moral, amor e afeto (Martin, Paúl e Rincon, 2000 *cit in* Gaspar).

Apesar de existir repercussões positivas, a sobrecarga do Cuidador Informal é mais evidente, onde acarreta impacto a nível físico, social e emocional.

De acordo com tal, Martins (2006) *cit in* Cardoso (2011), refere que a sobrecarga é resultante do papel de cuidador e tem repercussões a nível físico, emocional, social e financeiro.

iv. Impacto físico, emocional e social nos cuidadores informais

O Cuidar de uma pessoa traduz-se muitas vezes na sobrecarga que esta função acarreta debatendo-se em impactos físicos, emocionais e sociais. Assim Fialho, Freitas, Jorge e Vieira (2011) *cit in* Almeida, afirma que a sobrecarga existente nos cuidadores informais pode traduzir-se em problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que afetam o bem-estar do utente e do próprio cuidador.

Na mesma linha de pensamento Figueiredo (2007) *cit in* Branco, refere que o prestar cuidados durante longos períodos de tempo pode ser extremamente difícil e desgastante a nível físico, emocional, social, familiar e financeiro para os cuidadores informais.

Relativamente à dimensão física, Sousa, (2011) *cit in* Veiga, as consequências mais comuns são lombalgias, tendinites, cefaleias, perturbações do sono, gastroenterite, fadiga e hipertensão arterial.

Para Morri *et al.*, 1988; Nolan e Grant 1989; Nolan, 1990; Hunckle, 1994; Begany *et al.*, 1996; Paúl, 1997; Wagner *et al.*, 1997; Brodaty, 1999, *cit in* Brito 2001 *cit in* Moreira 2015:

A situação de prestação de cuidados parece estar relacionada com a saúde física dos cuidadores, podendo levar a alterações do sistema imunitário, a problemas com o sono, fadiga crónica e hipertensão arterial (...).

Assim afirma-se que a sobrecarga física deve-se a um excesso de atividades a desenvolver, esforço físico exigido pela complexibilidade de tarefas, diminuição das horas de sono e cansaço (Cruz *et al.*, 2004; Mehta, 2005; Verissimo e Moreira, 2004 *cit in* Cardoso, 2011).

As perturbações do sono constituem um problema fulcral que se manifesta na prestação de cuidados e na própria saúde do cuidador, traduzindo-se em perturbações de memória, concentração, controlo emocional, irritabilidade. Consequentemente acarreta alterações hormonais e das catecolaminas levando ao aumento da tensão dos cuidadores (Doornbos, 2002; Fernandes e Garcia, 2009 *cit in* Cardoso, 2011). Perante a exigência que o cuidar acarreta, o uso de ansiolíticos e antidepressivos é cada vez mais frequente, uma vez que a maior parte dos cuidadores referem não conseguir descansar o suficiente (Fernandes e Garcia, 2009 *cit in* Cardoso, 2011).

Apesar dos problemas físicos serem bastante desgastantes para os cuidadores, as repercussões emocionais/psicológicas também constituem um grande peso sobre os mesmos.

Segundo Sousa *et al* (2004) *cit in* Sousa (2011) no impacto emocional surgem sintomas depressivos como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza, que se aliam á progressiva dependência do idoso, a redução do tempo livre e a ausência de apoio aos cuidadores.

Doornbos (2002); Fernandes e Garcia, (2009) *cit in* Cardoso (2011) afirma que as mulheres que reagem mais a tensão e a se envolvem na prestação de cuidados á pessoa

dependente e às atividades domésticas estão mais suscetíveis a apresentar baixa autoestima, desequilíbrio entre repouso e atividades, baixa adesão ao auto cuidado e diminuição do controlo de situação, provocando instabilidade emocional.

De acordo com este, Sousa (2011),Figueiredo (2013) *cit in* Veiga os cuidadores presenciam sentimentos como “vontade de fugir, cansaço e conflito interior”. “ (...) Irritabilidade, nervosismo, stress, tristeza, angústia (...) ” (Couto et al, 2016 *cit in* Veiga).

Assim, a autora refere que as exigências do cuidar provocam alterações emocionais e que apesar de todas as repercussões físicas e emocionais já descritas, estas afetam simultaneamente a vida social dos cuidadores devido ao pouco tempo “livre de cuidados” que os mesmos têm ao seu dispor.

Como já foi referido anteriormente, o cuidar exige por parte do cuidador uma adaptação da sua vida pessoal e social, alterando rotinas, atividades desempenhadas até então e detrimento do seu autocuidado (Serna e Sousa, 2006; Silveira et al., 2006; Veríssimo e Moreira, 2004 *cit in* Cardoso, 2011).

Assim dentro do paradigma social, surge a diminuição dos contactos sociais, mudança de hábitos/costumes, isolamento e ainda evitar a exposição da pessoa dependente devido aos comportamentos possíveis que a mesma pode apresentar (Baião, 2013 *cit in* Veiga).

Paralelamente a isto, existem vários fatores que condicionam a vida social dos cuidadores, nomeadamente atividades com o doente, alterações de comportamento, níveis de dependência, atividades domésticas e resistência em solicitar ajuda (Bochi, 2004 *cit in* Cardoso,2011) levando assim ao aumento de isolamento social.

Apesar de todas as repercussões mencionadas anteriormente, os cuidadores vem-se prejudicados com a sua vida social nomeadamente ao que diz respeito a custos com a pessoa a ser cuidada. É fundamental uma organização familiar de modo a ajustar o orçamento da mesma para suportar as despesas inerentes aos cuidados necessários

(Pereira, 2008); Nogueira, 2009; Sousa, 2011; Bailão, 2013; Castro, 2013; Figueiredo, 2013 *cit in* Veiga).

Tendo em conta que o cuidar de uma pessoa dependente, exige uma elevada carga horária de cuidados, muitos cuidadores informais vem-se obrigados a desistir da sua atividade laboral o que traduz-se na diminuição da capacidade financeira da família (Cardoso, 2011).

Aliado ao cuidar, surgem também despesas como transportes, medicação, adaptação do ambiente físico e material de apoio, o que provoca um desequilíbrio financeiro (Armstrong-Esther et al., 2005; Gonçalves, 2002 *cit in* Cardoso, 2011).

v. Aspetos positivos experienciados pelos cuidadores

Apesar de todas as repercussões negativas já descritas e que a literatura mais evidencia, existem cuidadores que expressam sentimentos positivos relativamente ao cuidar de um familiar dependente sendo coexistentes com os aspetos negativos.

Segundo Araújo, Paul e Martins (2009) *cit in* Silva, há cuidadores que experienciam sentimentos como gratidão, crescimento, amor e deve.

Na mesma linha de pensamento, Brito (2002) *cit in* Gaspar salienta que o cuidar de alguém pode também traduzir sentimentos positivos como a reciprocidade, empatia, cumprimento do dever moral e retribuição de carinho e cuidados. Assim surgem os sentimentos de valorização, respeito e responsabilidade, onde podem ser entendidos como repercussões positivas no âmbito do cuidar (Pimentel, 2008; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006 *cit in* Almeida.)

Desta forma, a função de cuidador informal torna-se muitas vezes numa forma de descobrir novas potencialidades e maximiza-las, obter reconhecimento social, manter a dignidade, experienciar relações de reforço, desenvolvimento pessoal, autoestima, orgulho e proximidade com o familiar tornando-se fatores positivos eleitos pelos

cuidadores (Ashworth e Baker, 2000; Laham, 2003; Lundh, 1999; Martins 2006; Pimentel, 2001 *cit in* Cardoso, 2011).

Na mesma linha de pensamento Marques (2007); Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) *cit in* Almeida afirma:

Sentimentos como amor, afeto e carinho, ou então compaixão ou pena, são também, razões que interferem na adoção do papel de principal cuidador. Outra motivação (...) é a recompensa material. (...) Evitar a institucionalização.

Aliado a estes sentimentos, surge também o sentimento de satisfação do cumprimento do dever quando o dependente apresenta melhorias, promovendo um maior empenho uma vez que sente orgulho nos resultados obtidos (Mehta, 2005 *cit in* Cardoso, 2011).

Desta forma assume-se que o cuidador informal pode assumir dois polos, o negativo e o positivo, onde se destacam o stress e a sobrecarga pelo lado negativo, e gratificação e a realização pessoal pelo positivo (Serra e Gemito, 2013 *cit in* Veiga).

vi. Fatores influenciadores de sobrecarga

Além de todos os fatores referidos que provocam sobrecarga física, existem fatores relacionados com as características do cuidador nomeadamente a idade, sexo, (...) (Armstrong-Esther et al., 2005; Fernandes e Garcia, 2009b; Giacomini, Uchoa e Lima Costa, 2005; Martins, 2006 *cit in* Cardoso, 2011).

Idade

A idade é considerada um fator que influencia o nível de sobrecarga física, sendo que para a autora Martins (2006) *cit in* Cardoso (2011), no seu estudo encontrou mais implicações na vida pessoal, menos satisfação com o papel e com o familiar e maior sobrecarga nos cuidadores mais velhos. Em paradoxo, Marques (2007) *cit in* Cardoso (2011) verificou que os cuidadores mais velhos apresentam menor sobrecarga geral, menos implicações na sua vida pessoal.

Género

Culturalmente a mulher é vista como um elemento fundamental na coesão familiar, tendo em conta que esta é responsável pelas tarefas domésticas, educação dos filhos e detém o papel de “olhar por” (Brewer, 2001 *cit in* Cardoso, 2011).

Segundo o estudo de Giacomini et al. (2005) *cit in* Cardoso (2001), as mulheres que tinham dificuldades em assumir o stress e o cansaço associados ao processo de cuidar. Além disso, estas assumem o papel como uma tarefa incluída no compromisso quando se assumiu como esposa, e desta não deviam experienciar sentimentos como ansiedade ou medo.

Neste sentido, a literatura é consensual sendo que são as mulheres as principais cuidadoras informais. São também estas que experienciam maiores níveis de stress do que os homens (Frias, Tuokko e Rosenberg, 2005; Giacomini et al., 2005; Mehta, 2005; van den Heuvel et al., 2001 *cit in* Cardoso, 2011) e apresentam diminuição do auto estima e valores aumentados de ansiedade (Frias et al., 2005; Martins, 2006 *cit in* Cardos, 2011).

vii. Cuidados de enfermagem ao cuidador informal

Associado à temática da sobrecarga do cuidador informal surge o dever dos profissionais de saúde que são responsáveis por prestar apoio e intervirem na prestação de cuidados de modo a suavizarem este peso e ainda auxiliarem no processo de transição.

Os cuidados de enfermagem devem incluir os cuidadores informais, devendo os enfermeiros estarem atentos às dificuldades e sobrecarga que estes estão sujeitos (Marques, 2007 *cit in* Vargas, 2012).

Desta forma é competência do enfermeiro realizar uma constante análise ao cuidador, pessoa dependente e ao meio envolvente, permitindo detetar sinais de sobrecarga e desenvolver intervenções de modo a suaviza-la (Ferreira, 2013).

Sendo momentos de adaptação para a família, esta espera orientação, prestação de cuidados, vigilância de saúde e encaminhamento para ajuda económica por parte da equipa de enfermagem (Palma, 1999 *cit in* Gaspar).

Na vertente de orientação/transição, é função do enfermeiro capacitar a família para cuidar do familiar. Assim os cuidadores necessitam de uma constante aprendizagem, adquirir conhecimentos e habilidades baseados nas necessidades dos cuidadores (Gomes e Mata, 2012 *cit in* Gaspar).

Na mesma linha de pensamento Zagonel, 1999 *cit in* Cardoso, 2011 refere

Ao cuidado de enfermagem deve estar inerente uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente factores que indicam a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transicional.

Além disso Cardoso, 2011 afirma,

Os enfermeiros devem estar atentos à natureza da transição pela qual a pessoa e/ou família está a passar e a forma como lidam com o processo. As pessoas têm necessidade de sentir que podem contar com os profissionais de saúde e construir com eles uma relação de confiança. O enfermeiro deve ainda identificar as fases da transição, de forma a ajudar a pessoa a experienciar a mudança com o mínimo de repercussões negativas, restabelecendo a estabilidade e tendendo para a saúde e bem-estar.

Ainda outra vertente do enfermeiro, relaciona-se a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros Gaspar (2015). Para tal em contexto domiciliário, os enfermeiros devem assegurar a prestação de cuidados de enfermagem, intervir em áreas de promoção/educação para a saúde, prevenção de doença centrados na pessoa dependente e do cuidador (Veiga,2009).

As visitas domiciliárias são importantes apoios para as famílias que se encontram numa fase de transição e adaptação á nova situação, sendo que estas áreas devem ser trabalhadas pelo enfermeiro em conjunto com o cuidador/família. Desta forma as intervenções de enfermagem devem facilitar o processo de aquisição do papel nomeadamente em

ensinos, demonstração técnicas, treinar cuidados e dar suporte á família (Schumacher, 1995 *cit in* Cardoso, 2011).

Relativamente ao encaminhamento, é função do enfermeiro dar a conhecer à família prestadora de cuidados, os recursos da comunidade e facilitar o acesso aos mesmos. Gaspar (2015).

Assim pode-se afirmar que os cuidados de enfermagem são fundamentais para os processos adaptativos nomeadamente na preparação dos cuidadores na prestação de cuidados pós alta. Desta forma pretende-se que os profissionais ajudem os indivíduos e famílias a melhorar, manter ou recuperar a saúde, para conseguir a melhor qualidade de vida possível. Royal College of Nursing, (2003) *cit in* Gaspar, capacitando-os a cuidar e facilitar a adaptação contribuindo para uma eficaz continuidade dos cuidados.

3. Objetivos

Os objetivos do estudo encontram-se subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos, tendo em conta que cada um tem uma interpretação/valorização distinta.

Para Fortin (2009, p.160) “o enunciado do objetivo da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”

Relativamente aos objetivos de estudo propriamente ditos, Ribeiro (2010, p.34) assume que representam o que o investigador pretende fazer para responder à questão da investigação.

O objetivo geral para Lakatos e Marconi (2007) refere-se a algum global do tema, correspondendo ao assunto do estudo eleito pelo investigador. Desta forma o objetivo geral do estudo em questão é:

- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de Ponte de Lima

Por outro lado o mesmo autor, Lakatos e Marconi (2007), definem que os objetivos específicos são concretos e encontram-se em conformidade com o objetivo geral. Pressuposto isto o objetivos específico são:

- Identificar o impacto físico em cuidadores informais de Ponte de Lima
- Analisar o impacto emocional em cuidadores informais de Ponte de Lima
- Analisar o impacto social em cuidadores informais de Ponte de Lima

II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica caracteriza-se pela escolha que o investigador faz referente aos métodos para obter as respostas das questões da investigação, Portanto é nesta fase que se define os meios e os instrumentos para colher dados de modo a utiliza-los para atingir os objetivos delineados.

Sendo assim Fortin (2009, p.53) refere que é nesta fase define-se os meios para realizar a investigação.

Citando a mesma autora (2009, p.53): “ (...) o investigador determina os métodos que utilizara para obter as suas respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”

Desta forma Fortin (2009) defende ainda que a fase metodológica encontra-se subdividida em quatro 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.

É portanto nesta fase que se define o tipo de estudo, variáveis, o método para realização da investigação, define-se população-alvo, amostra e instrumentos para colheita 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.

Desta forma Fortin (2009, p.54) define que o desenho de investigação é:

Um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder suscetível de levar à realização dos objetivos, que são encontrar respostas às questões de investigação.

De acordo com a mesma autora, “O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro.”

Em concordância, Ribeiro (2010, p.51) refere que:

Os desenhos e os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo. São estes que permitem, ou não responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), de modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspetos mais importantes da investigação.

Tendo em conta estes pressupostos o desenho de investigação é composto por o tipo de estudo, as variáveis, a população seleccionada, o instrumento e método de recolha de dados e tratamento dos mesmos.

i. Tipo de estudo

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

Segundo Fortin (2009,p.27) o método quantitativo é caracterizado “pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados e outras populações ou contextos”.

Citando ainda a mesma autora Fortin (2009,p.22), o método quantitativo “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”

Relativamente ao tipo de estudo, optou-se por um estudo descritivo visto que pretende-se descrever o impacto sobre uma população. Assim, Fortin (2009, p.163) diz que falar de estudo descritivo “Implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características da totalidade ou de uma parte desta mesma população.”

Ainda a mesma autora defende que o estudo descritivo pretende “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”. Fortin (2009, p.163)

Relativamente á dimensão temporal, o estudo é transversal pois, segundo Fortin (2009,p.252), serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população em dado momento.

ii. População-alvo, amostra e processo de 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, p43), 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 no concelho de Ponte de Lima.

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,p43), a Amostra é um subconjunto da população.

Assim a amostra deste estudo é constituída por 30 elementos que cumprem 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 lhes que indiquem outras pessoas que possuam as mesmas características pelas quais foram escolhidas

Relativamente aos critérios de inclusão definidos pela investigadora são que os elementos da amostra têm de saber ler e escrever, serem residentes no concelho de Ponte de Lima e serem cuidadores informais há mais de 6 meses. Na mesma linha de pensamento os critérios de exclusão são todos os restantes cuidadores informais que não correspondem aos critérios de inclusão.

É importante referir que para a utilização deste estudo foram utilizados os seguintes recursos materiais: papel e canetas; humanos: investigadora, orientador e inquiridos; tempo.

iii. Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2009, p.171)

As variáveis são unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes

valores que podem ser medidos. (...) por exemplo, numa investigação, o peso, a tensão arterial e a idade (...).

A mesma autora define variáveis como “características pré existentes dos participantes num estudo.” Fortin (2009, p.172)

Em concordância, Ribeiro (2010,p36) “ (...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante.”

As variáveis 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. (Fortin,2009,p.272)

Assim sendo, de acordo com Fortin, as variáveis atributo presentes são: Idade, género, parentesco e tempo de cuidador informal.

Além disso Fortin (2009,p.171) refere que as “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.”

Desta forma as variáveis de investigação são a sobrecarga emocional, física e social.

iv. Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (2009,p.380) o questionário trata-se de um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas a um conjunto de questões, trata-se de um dos instrumentos de colheita de dados de eleição utilizados pelos investigadores. Este tem como finalidade recolher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Ainda de acordo com a mesma autora,

Os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas. Os participantes devem limitar-se a responder às questões apresentadas e não têm a possibilidade de as mudar nem de precisar o seu pensamento. As questões são apresentadas numa ordem lógica e os enviesamentos são quase impossíveis.

O questionário utilizado foi o de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal da autoria Martins *et al*, tendo sido validado em Portugal em 2003. Após receber autorização da autora, foi disponibilizado 2 versões do questionário, sendo um mais longo e outro mais curto, sendo que ambos têm a mesma finalidade. Desta forma foi decisão da investigadora optar pela versão mais longa uma vez que permitiu maior leque de informação que não o conseguiria com a versão curta.

Em função da versão do questionário escolhido, uma vez que o mesmo não permitia colher dados sociodemográficos, surgiu a necessidade por parte da investigadora acrescentar uma parte ao questionário relativa às características da população de modo a se traçar um perfil demográfico das características da amostra Fortin (2009,p.172).

A autora do questionário, de forma a obter dados mais concretos criou uma escala baseada na escala de Likert, que segundo Fortin (2009,p.389) consiste numa serie de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema. É por isso mesmo, pedido aos inquiridos no estudo para indicarem dentro dos enunciados apresentados o acordo ou desacordo com a afirmação. Desta forma os enunciados definidos para este questionário são “não/nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

Assim, o QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, como já foi referenciado, é composto por 32 itens com 5 opções de resposta/enunciados. As opções de resposta estão identificadas por uma escala ordinal de frequência relativamente às ultimas 4 semanas de tempo de cuidador, sendo que vão de 1 a 5 em que 1 refere-se a não/nunca; 2-raramente; 3-às vezes; 4-quase sempre e 5-sempre.

De acordo com Martins et al (2003), as 32 questões encontram-se subdivididas em 7 factores sendo eles: SE (Sobrecarga emocional a nível familiar); IVP (Implicações da vida pessoal); SF (Sobrecarga financeira); RE (Reações a exigências); PMEC (Percepção

dos mecanismos da eficácia e controlo); SUF (Suporte Familiar); SPF (Satisfação com o papel e como familiar).

A SE é composta pelos itens 1 a 4, e referem-se a emoções negativas experienciadas pelo cuidador informal, que interferem com o seu bem-estar emocional podendo desencadear sentimentos como fuga da situação.

A IVP é composta por 11 itens, indo desde a 5 á 15 questão. Este fator pretende avaliar qual o impacto sentido pelo cuidador informal, e de que modo afeta a sua vida pessoal, desde saúde, diminuição de tempo para si e outras restrições da vida pessoal.

A SF inclui os itens 16 e 17, e refere-se às dificuldades financeiras encontradas pelos cuidadores informais aquando a situação de doença do familiar, e a incerteza do futuro a nível financeiro.

O fator RE, inclui os itens de 18 a 22, e questiona o cuidador informal relativamente aos sentimentos que experiencia quando é manipulado ou sente ofensa por parte da pessoa dependente.

A PMEC é formada pelos itens 23,24 e 25, e pretende, contrariamente às anteriores avaliar as repercussões positivas do ato de cuidar. Assim avalia questões relacionadas com capacidades e conhecimentos do cuidador informal para enfrentar problemas decorrentes de desempenho da sua função

No mesmo sentido da anterior, a SUF, é composto pela questão 26 e 27, e avalia o reconhecimento da família face á prestação do cuidador informal nessa função.

A SPF é o último fator do QASCI, composto pelos itens de 28 a 32, sendo que o mesmo avalia sentimentos e emoções positivas que o cuidador informal experiencia ao desempenhar o seu papel e se existe uma relação de retorno por parte do familiar dependente.

Dos 7 factores do QASCI, os últimos três nomeadamente a P MEC, SUF E SPF constituem repercussões positivas, sendo que as restantes referem-se a negativas. Assim nas respostas dos 3 diferentes factores, considera-se que quanto maior é o valor (1-5) menos é o valor da sobrecarga sentida. Para tratamento de dados procedeu-se então á inversão no cálculo da sobrecarga geral para que os valores mais elevados correspondessem a situações de maior sobrecarga e os mais baixos correspondessem ao nível de sobrecarga menor (Martins *et al.* 2003). Pressuposto isto, todos os itens foram somados e aplicado uma fórmula para obter uma leitura em percentagem (0 a 100).

A mesma autora do questionário sugere vários valores para caracterizar os níveis de sobrecarga sendo estes: o valor 0 indica ausência de sobrecarga, de 1 a 25 considera-se sobrecarga ligeira, 25 a 50 corresponde a uma sobrecarga moderada, de 50 a 75 indica sobrecarga grave e por fim um valor maior a 75 é indicador de sobrecarga extremamente grave.

Como já foi referido neste estudo, para recolha de dados foi aplicado o QASCI da autoria da Professora Doutora Teresa Martins que se encontra disponível no anexo 2 deste mesmo documento. Para utilização do mesmo foi solicitado um pedido de autorização à autora via email, tendo recebido uma carta de autorização para utilização do instrumento da recolha de dados. Esta autorização também se encontra disponível no anexo 4.

De forma a caracterizar melhor a amostra, procedeu-se a aplicação de um questionário com dados sociodemográficos, juntamente com o QASCI, nomeadamente idade do cuidador informal, género, parentesco e por último o tempo que desempenha a função de cuidador informal.

Além disso aplicou-se o Índice de Lawton e Brody á pessoa cuidada de modo a avaliar o nível de dependência na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária nomeadamente no uso utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. Cada atividade de instrumental de vida diária é composta por vários níveis de dependência, ou seja, de 3 a

5, e para cada AIVD, o idoso é classificado com 0 que corresponde a Dependente ou 1 que classifica-o como independente. Porém este índice é distinto para homem ou mulher, sendo que no caso do homem não se contabiliza a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

Assim, a pontuação final resulta da soma dos pontos obtidos (0-8 para mulheres e 0-5 para homens) e segundo o valor é atribuído um nível de dependência.

Mulher	Nível dependência	Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Tabela 1- índice de Lawton e Brody

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.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Para o tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva e análise de frequências sendo que o instrumento utilizado para análise de dados foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences v.22).

Os dados serão apresentados sobre forma de tabelas.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

Nas investigações em que se envolve seres humanos, de acordo com Hulley (2008, p.243), este refere que existem três princípios éticos fundamentais que se devem

cumprir no decurso da investigação. Assim sendo esses princípios são: Princípio do respeito, Princípio da Justiça e Princípio da Beneficência.

Para o mesmo autor o Princípio do Respeito obriga que “os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade”. Para tal a investigadora atribuiu um consentimento informado instituído pela comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 3).

Segundo Hulley (2008, p.243) 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”. Para tal, a investigadora apresentou os objetivos que pretendia atingir com a investigação.

Por último, o Princípio da Justiça, segundo Hulley (2008,p.243) é “ (...) requer que os 2 benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.” Assim, a investigadora respeitou este princípio tendo em conta que selecionou apenas elementos que saibam ler e escrever.

O presente estudo foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, sendo que foi aprovado no dia 2 de Maio de 2018, cumprindo os requisitos necessários para a realização do presente Projeto de Graduação.

III.FASE EMPÍRICA

A Fase Empírica é a fase da investigação onde é feita a colheita dos dados e posteriormente a sua análise estatística. Fortin, (2009, p.57)

Segundo a mesma autora, as técnicas de análise utilizadas variam segundo a natureza dos dados. Uma vez apresentados os resultados as etapas seguintes consistem em interpretá-los reportando-se ao quadro teórico anteriormente apresentado.

1. Apresentação, análise, interpretação e discussão dos dados

i. Dados sociodemográficos

Idade

Idade						
Média	Moda	Mediana	Máximo	Mínimo	Variância	Desvio padrão
45,67	41	44,50	77	21	136,37	11,68

Tabela 2- Distribuição da amostra segundo a idade

Analisando os dados da tabela nº1, a média das idades dos cuidadores informais da amostra é 45,67 anos de idade, sendo que o cuidador mais velho tem 77 anos e o mais novo 21 anos. Além disso, é possível verificar que 41 anos foi a idade mais respondida, sendo que a mediana das idades respondidas é 44,50 anos, a variância 136,37 e o desvio padrão é de 11,68.

Género

Género	Frequência	Frequência relativa
Masculino	6	20 %
Feminino	24	80 %
Total	30 Pessoas	100 %

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo o género

Analisando os dados da tabela nº2, verifica-se que dos 30 elementos da amostra, 20% (n=6) é do sexo masculino e 80% (n=24) são do sexo feminino. Estes resultados vão de encontro com Brewer (2001) *cit in* Cardoso (2011), que afirma que normalmente são as mulheres que detém na família o papel de “olhar por” e que são normalmente estas que assumem o papel de cuidador informal sendo que passam cerca de 17 anos a cuidar dos filhos e 18 anos a cuidar de familiares doentes.

Distribuição da amostra segundo o parentesco

Parentesco	Frequência absoluta	Percentagem
Esposa/o	4	13,3%
Filha/o	17	56,7%
Neta/o	6	20%
Sobrinha/o	3	10%
Total	30	100%

Tabela 4- Distribuição da amostra segundo o parentesco

Relativamente ao parentesco dos cuidadores informais, 13,3% (n=4) dos inquiridos são esposa/o, 56,7% (n=17) são filha/o, 20% (n=6) neta/o e por fim 10% (n=3) são sobrinha/o. Neste sentido os resultados obtidos vão de encontro com Gonçalves (2002), Martins (2006); Mocket al (2002); Veríssimo e Moreira (2004) *cit in* 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 conjugue, filha, neta ou outro.

Tempo de cuidador informal

Tempo de cuidador informal						
Média	Moda	Mediana	Máximo	Mínimo	Variância	Desvio padrão
4,27	2	3,50	10	1	7,31	2,70

Tabela 5- Distribuição da amostra segundo à quanto tempo desempenha a função como cuidador informal

Analisando a tabela nº4 verifica-se que a média de tempo em que a pessoa desempenha a função de cuidador informal é 4,27 anos, sendo que o máximo de tempo desempenhado é 10 anos e o mínimo 1 ano. Além disso pode-se verificar que a moda é 2 anos de cuidador informal. Segundo Figueiredo (2007) *cit in* Branco, refere que o prestar cuidados durante longos períodos de tempo pode ser extremamente difícil e desgastante a nível físico, emocional, social, familiar e financeiro para os cuidadores informais.

Índice de Lawton e Brady relativo às pessoas cuidadas pelos cuidadores informais

Classificação de dependência	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Dependência Total	17	57 %
Dependência Grave	5	17 %
Dependência Moderada	2	7 %
Dependência Ligeira	6	20 %
Total	30	100 %

Tabela 6- Distribuição da amostra segundo o Índice de Lawton e Brady

Analisando os dados da tabela nº6 verifica-se que dos 30 elementos que estão a ser cuidados pelos seus familiares, 57% (n=17) apresentam dependência total, 17% (n=5) dependência grave, 7% (n=2), dependência moderada e 20% (n=6).

Sequeira *cit in* Almeida (2015) refere que o conceito de dependência se relaciona com a impossibilidade da pessoa satisfazer as suas necessidades humanas básicas, tendo que recorrer a ajuda de terceiros nomeadamente aos chamados cuidadores informais. Assim surge o conceito de sobrecarga onde Martins, Ribeiro e Garrett (2003) afirma que a sobrecarga do cuidador informal é “uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à percepção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador”.

ii. Resultados e análise do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Sobrecarga dos Cuidadores Informais de acordo com os 7 factores

Factores	Número	Máximo	Mínimo	Média	Desvio Padrão
SE	30	93,75	0,00	40,83	27,30
IVP	30	97,83	6,82	43,11	26,58
SF	30	100	0,00	29,58	30,70
RE	30	100	0,00	39,33	26,61
PMEC	30	100	16,67	62,50	20,27
SUF	30	100	0,00	61,25	37,91
SPF	30	100	30,00	82,00	18,78

Tabela 7- Análise descritiva da Sobrecarga dos Cuidadores Informais de acordo com os 7 Factores

Analisando os dados da tabela nº7 verifica-se que para os diferentes factores do QASCI, as médias são distintas.

De acordo com os factores sugeridos pela autora e os seus níveis de sobrecarga, averigua-se que a média da sobrecarga para os primeiros 4 factores (SE, IVP, SF, RE), centraliza-se nos valores entre 25 e 50, a qual é atribuído o nível de sobrecarga moderada.

Desta forma pode-se afirmar que para o nível da sobrecarga moderada, o fator IVP (Implicações da vida diária) assume o valor mais elevado com 43,11, assumindo um nível de sobrecarga moderada. Esta sobrecarga moderada pode dever-se ao facto das alterações na vida pessoal como por exemplo a elevada carga de horários e consequentemente a desistência da sua atividade laboral. (Cardoso, 2011). Além disso a diminuição de contactos sociais, constituem também um elemento significativo na

sobrecarga social. (Baião, 2013 *cit in* Veiga). Associado a isto, Bochi (2004) *cit in* Cardoso (2011) refere que factores como alterações de comportamento, níveis de dependência, atividades domésticas e resistência em solicitar ajuda aumentam a prevalência de isolamento social e consequentemente implicações na vida pessoal dos cuidadores.

Por ordem decrescente de Sobrecarga do Cuidador Informal, sucede-se, o fator Sobrecarga Emocional com um valor obtido de 40,83. Para justificar este valor, Sousa *et al* (2004) *cit in* Sousa (2011) refere que surgem sintomas depressivos como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza.

Relativamente á Reação e Exigência, o valor obtido foi de 39,33,o que pode ser interpretado segundo Fernandes e Garcia (2009) *cit in* Cardoso (2011), em que refere que a exigência do cuidar acarreta, cada vez mais frequentemente, o uso de ansiolíticos uma vez que o cuidador não consegue descansar o suficiente.

No caso do fator da Sobrecarga Financeira, verifica-se que esta também acarreta um impacto para o nível de sobrecarga atribuído, porém com menos impacto que os anteriores (M=29,58). Contudo as despesas com um familiar dependente acarreta uma organização familiar de modo a ajustar o orçamento para suportar as despesas (Pereira, 2008); Nogueira, 2009; Sousa, 2011; Bailão, 2013; Castro, 2013; Figueiredo, 2013 *cit in* Veiga).

Relativamente aos últimos 4 fatores do questionário, nomeadamente PMEC, SUF e SPF, estes pretendem avaliar aspetos positivos. Desta forma assumem valores invertidos, ou seja, quanto maior for o valor, menor é a sobrecarga sentida pelos cuidadores informadores. Assim verifica-se que na Satisfação com o Papel e com o Familiar (SPF) obteve o valor mais elevado com 82, seguido da PMEC com 62,50 e da SUF com 61,25.

Analisando estes valores pode-se constatar que a maioria dos Cuidadores Informais se encontram satisfeitos com o desempenhar do seu papel, apoiados pelos familiares, e com capacidades para continuar a mesma função.

Perante análise efetuada, verifica-se que os factores com maior impacto foram nomeadamente IVP, SE, SF e RE, uma vez que espelham os impactos físicos, emocionais e sociais que os cuidadores informais se confrontam.

Sobrecarga Geral

	Número	Máximo	Mínimo	Média	Desvio Padrão
Sobrecarga Geral	30	87,29	4,07	35,30	20,15

Tabela 8- Análise descritiva da Sobrecarga Geral dos Cuidadores Informais

Analisando os dados obtidos na tabela nº8, e de acordo com as indicações da autora do questionário, obteve-se uma Média de 35,30 o que corresponde a uma Sobrecarga Moderada.

Relativamente aos valores máximos e mínimos, obteve-se um valor máximo de 87,29 o que corresponde a uma Sobrecarga Extremamente grave (> 75) e um valor mínimo de 4,07 correspondendo a uma sobrecarga ligeira (1 a 15).

Pressuposto isto entende-se que média obtida foi de 35,30, uma vez que os dados dos factores IVP, SE, SF e RE contribuíram para uma Sobrecarga Moderada.

iii. Estudos relacionados com a Sobrecarga do Cuidador Informal

Cupertino, Aldwin eOliveira, (2006) *cit in* Rodrigues (2011), definem que o cuidar de uma pessoa implica várias adaptações quer físicas, sociais, cognitivas e emocionais.

Assim de acordo com a literatura e os dados obtidos estudos como o de Borghi et al. (2013), afirmam que cuidadores com menos tempo para a sua vida pessoal,

Possuem mais probabilidade de apresentarem sintomas psiquiátricos e problemas de saúde, entre os quais hipertensão arterial, desordens digestivas e respiratórias, depressão, além de vivenciarem conflitos

familiares e problemas no trabalho com maior frequência, em comparação com pessoas da mesma idade que não exercem tal função.

Relacionando o tempo de cuidados prestados e a sobrecarga associada, Cordeiro (2011) comprovou no seu estudo que, os cuidadores informais que passavam mais de 12 horas junto do idoso apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades comparativamente àqueles que passavam entre 6 a 12 horas e aqueles que estavam menos de 6 horas com o familiar.

No que diz respeito á Sobrecarga financeira, Cordeiro (2011) no seu estudo constatou que os cuidadores informais com rendimentos inferiores a 500€ apresentavam maior Sobrecarga Financeira e mais dificuldades em 13 dos 30 itens da escala.

Relativamente ao género do cuidador informal, também Pera (2012) e Mata, Pimentel e Sousa (2012) *cit in* Almeida constataram nos seus estudos que maioritariamente os cuidadores são do sexo feminino cerca de 75% e 88,4% respetivamente.

No que concerne aos cuidados de enfermagem aos cuidadores informais, Ribeiro (2013) *cit in* Gaspar, no seu estudo sobre os benefícios da intervenção de enfermagem a CI de doentes com AVC, concluiu ser indispensável que a intervenção de enfermagem envolva a família cuidadora no processo de cuidados, assegurando o suporte estruturado ao desenvolvimento de competências e habilidades facilitadoras do cuidado insubstituíveis à manutenção do doente no contexto familiar.

CONCLUSÃO

Uma vez concluído o projeto de investigação, é fundamental salientar que o mesmo permitiu que a investigadora desenvolvesse competências na área da investigação e por sua vez adquirir conhecimentos sobre a temática Sobrecarga do Cuidador Informal nomeadamente no que concerne á envolvência da Enfermagem.

Assim, para atingir os objetivos delineados, procedeu-se a recolha de dados a 30 elementos, do concelho de Ponte de Lima, que constituíram uma amostra representativa de Cuidadores Informais do mesmo concelho através do QASCI da autoria da Professora Doutora Teresa Martins.

Como tal o presente estudo, permitiu identificar impactos físicos, emocionais e sociais nos 30 elementos, que realçam a sobrecarga do Cuidador informal, sendo que estes são maioritariamente do género feminino indo de encontro á literatura.

Deste modo, os resultados obtidos no estudo, transparecem que os fatores contribuintes para a Sobrecarga do Cuidador Informal são nomeadamente IVP, SE, SF e RE, obtendo um nível de Sobrecarga Moderada, o que permite concluir que o objetivo geral foi atingido.

Por outro lado conseguiu-se perceber que apesar de todas as repercussões negativas que o cuidar acarreta, as repercussões positivas têm também um peso fundamental nos resultados obtidos.

Torna-se assim fundamental a intervenção dos profissionais de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, junto dos cuidadores informais de forma a apoiar e ajudar nas dificuldades encontradas pelos mesmos.

Além disso com este estudo, conseguiu-se perceber com mais precisão as etapas de um estudo de investigação sendo que a contributo do orientador foi fundamental para a execução do projeto.

Como sugestões para o Projeto de Graduação, a investigadora sugere a aplicação do estudo em amostras de maior dimensão, aplicar o estudo abrangendo outras áreas geográficas e realizar o mesmo estudo com processo de amostragem probabilística de modo a se obterem mais conclusivos e também se proceder a apresentação deste trabalho em eventos de investigação científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. (2015). *Nível de sobrecarga e dificuldades do cuidador informal*. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Borghi, A. (2013). *Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21 (4)

Branco, M. (2015). *O cuidador informal no processo de adaptação à dependência no autocuidado*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo

Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Universidade Católica Portuguesa, Porto

Carvalho, J. (2002) *Metodologia do trabalho científico*. Lisboa, Escola editora

Cordeiro, L. A. G. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e Sobrecarga*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu

Direção Geral de Saúde. (2005) *Psiquiatria e saúde mental das pessoas- Relatório Final*, Lisboa

Fortin, M., Côte, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Gaspar, C. (2015). *O Cuidador Informal da pessoa dependente nos Autocuidados: Necessidades e Expectativas face ao regresso aa casa*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra

Hulley S.B.e Cummings S.R. Browner W.S.e Grady D.G. e Newman T.B. (2008) *Delineando a Pesquisa Clínica uma abordagem epidemiológica*. São Paulo, Artmed.

Hungler, B. e Polit, D. (2007). *Investigacion científica en ciencias de la salud*. (6ªed.). Mexico, Mc Graw Hill.

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.

Lopes, A (2011). *Cuidador Informal: Sobrecarga e Atitudes face á morte*. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Marconi, M e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Atlas.

Martins, T; Ribeiro, J.L.P. e Garrett, C. *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde e Doenças. 2003,

Moreira, P. (2015). *A Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso*. Universidade Fernando Pessoa, Porto

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). [Em linha]. Disponível em <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf> [Consultado em: 10/05/2018].

PORDATA. [Em linha]. Disponível em <<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>>.[Consultado em 24/03/2018]

Rego, D. (2016). *Opinião dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sobre a sobrecarga do cuidador de Doentes com demência tipo de Alzheimer*. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ªed.). Oliveira de Azeméis, Livpsic

Rodrigues, M. (2011). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-Versão reduzida*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso: Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso*. Universidade Católica Portuguesa, Braga

Veiga, A. (2016). *A sobrecarga do cuidador informal: Satisfação familiar e perceção da importância da visita domiciliária de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal

Anexos

Anexo 1 – Apresentação, análise e interpretação dos dados

Tabela1: Q1 “Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	10	33.3%
Raramente	4	13.3%
Às vezes	11	36.7%
Quase sempre	4	13,3%
Sempre	1	3.3%
Total	30	100%

Analisando a tabela nº1, correspondente á questão nº1 “Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?”, verifica-se que das 5 opções de resposta, as mais escolhidas centram-se no não/nunca com 33,3% (n=10) e às vezes com 36,7% (n=11). Sendo que 13,3% (n=4) responderam raramente. Igualmente para o quase sempre. E por fim apenas 3.3% (n=1) respondeu sempre.

Tabela n2. Q2: Considera que tomar conta do seu familiar é extremamente difícil?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	4	13.3%
Raramente	3	10%
Às vezes	14	46.7%
Quase sempre	5	16.7%
Sempre	4	13.3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº2, correspondente á questão nº1 Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?”, Verifica-se que a opção mais escolhida destina-se á vezes com 46,7% (n=14). Seguidamente 16,7% (n=5) responderam quase sempre, 13,3%

(n=4) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam sempre e por fim 10% (n=3) dos inquiridos responderam raramente

Tabela nº3: Q3: “Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	7	23.3%
Raramente	2	6.7%
Às vezes	12	40%
Quase sempre	5	16.7%
Sempre	4	13.3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº3, correspondente á questão nº3 “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?”, verifica-se que a opção mais escolhida destina-se á vezes com 40% (n=12). Seguidamente 23,3% (n=7) responderam não/nunca, 16,7% (n=5) responderam às vezes, 13,3% (n=4) responderam sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam raramente.

Tabela nº4- Q4: “Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência. Absoluta	Percentagem
Não/Nunca	14	46.7%
Raramente	3	10%
Às vezes	9	30%
Quase sempre	2	6.7%
Sempre	2	6.7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº4, correspondente á questão nº4 “Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?”, verifica-se que dos 30 elementos da amostra, 46.7% responderam não/nunca, 30% (n=9) responderam às vezes, 10% (n=3) responderam raramente, 6.7% (n=2) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº5-Q5: “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	13	43.3%
Raramente	2	6.7%
Às vezes	11	36.7%
Quase sempre	2	6.7%
Sempre	2	6.7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº5, correspondente á questão nº5 Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?”, Verifica-se que 43.3% (n=13) responderam não/nunca, 36.7% (n=11) responderam às vezes, 6.7% (n=2) responderam raramente, 6.7% (n=2) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº6- Q6: “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	5	16,7%
Raramente	5	16.7%
Às vezes	9	30%
Quase sempre	5	16.7%
Sempre	6	20%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº5, correspondente á questão nº6 “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?”, verifica-se que 16,7 (n=5) responderam não/nunca, 16.7% (n=5) responderam raramente, 30% (n=9) responderam às vezes, 16,7% (n=5) responderam quase sempre e por fim 20% (n=6) dos inquiridos responderam sempre

Tabela nº7- Q7: “Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	9	30%
Raramente	6	20%
Às vezes	8	26,7%
Quase sempre	5	16,7%
Sempre	2	6,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº7, correspondente á questão nº7 “Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?”, verifica-se que 30% (n=9) responderam não/nunca, 20% (n=6) responderam raramente, 26,7% (n=8) responderam às vezes, 16,7% (n=5) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº8- Q8: “Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar? “

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	6	20%
Raramente	3	10%
Às vezes	9	30%
Quase sempre	5	16,7%
Sempre	7	23,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº8, correspondente á questão Q8: “Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar? “, Verifica-se que 20% (n=6) responderam não/nunca, 10% (n=3) responderam raramente, 30% (n=9) responderam às vezes, 16,7% (n=5) responderam quase sempre e por fim 23,3% (n=7) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº9- Q9: “Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	6	20%
Raramente	6	20%
Às vezes	10	30,3%
Quase sempre	3	10,0%
Sempre	5	16,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº9, correspondente á questão Q8: Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?”, Verifica-se que 20% (n=6) responderam não/nunca, 20% (n=6) responderam raramente, 30,3% (n=10) responderam às vezes, 10,0% (n=3) responderam quase sempre e por fim 16,7% (n=5) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº10- Q10: “Sente que a vida lhe pregou uma partida?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	10	33,3%
Raramente	3	10%
Às vezes	9	30,0%
Quase sempre	3	10,0%
Sempre	5	16,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº10, correspondente á questão Q10: “Sente que a vida lhe pregou uma partida?”, Verifica-se que 33,3% (n=10) responderam não/nunca, 10% (n=3) responderam raramente, 30% (n=9) responderam às vezes, 10,0% (n=3) responderam quase sempre e por fim 16,7% (n=5) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº11- Q11: “É difícil planejar o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	4	13,3%
Raramente	1	3,3%
Às vezes	8	26,7%
Quase sempre	9	30,0%
Sempre	8	26,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº11, correspondente á questão Q11: “É difícil planejar o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever?”, verifica-se que 13,3% (n=4) responderam não/nunca, 3,3% (n=1) responderam raramente, 26,7% (n=8) responderam às vezes, 30,0% (n=9) responderam quase sempre e por fim 26,7% (n=8) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº12- Q12: “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	4	13,3%
Raramente	6	20,0%
Às vezes	11	36,7%
Quase sempre	4	13,3%
Sempre	5	16,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº12, correspondente á questão Q12: “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?”, Verifica-se que 13,3% (n=4) responderam não/nunca, 20,0% (n=6) responderam raramente, 36,7% (n=11) responderam às vezes, 13,3% (n=4) responderam quase sempre e por fim 16,7% (n=5) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº13- Q13: “Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos prolemas do seu a familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	19	63,3%
Raramente	5	16,7%
Às vezes	2	6,7%
Quase sempre	1	3,3%
Sempre	3	10,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº13, correspondente á questão Q12: “Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?”, Verifica-se que 63,3% (n=19) responderam não/nunca, 16,7% (n=5) responderam raramente, 6,7% (n=2) responderam às vezes, 3,3% (n=1) responderam quase sempre e por fim 10,0% (n=3) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº14- Q14: “A sua vida, (p.ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	7	23,3%
Raramente	3	10,0%
Às vezes	8	26,7%
Quase sempre	4	13,3%
Sempre	8	26,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº14, correspondente á questão Q14: “A sua vida, (p.ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?”, Verifica-se que 23,3% (n=7) responderam não/nunca, 10,0% (n=3) responderam raramente, 26,7% (n=8) responderam às vezes, 13,3% (n=4) responderam quase sempre e por fim 26,7% (n=8) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº15- Q15: “Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	15	50,0%
Raramente	4	13,3%
Às vezes	7	23,3%
Quase sempre	2	6,7%
Sempre	2	6,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº15, correspondente á questão Q15: “Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?”, Verifica-se que 50,0% (n=15) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam raramente, 23,3% (n=7) responderam às vezes, 6,7% (n=2) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº16- Q16: “Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	15	50,0%
Raramente	4	13,3%
Às vezes	7	23,3%
Quase sempre	2	6,7%
Sempre	2	6,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº15, correspondente á questão Q16: “Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?”, Verifica-se que 50,0% (n=15) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam raramente, 23,3% (n=7) responderam às vezes, 6,7% (n=2) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº17- Q17: “Sente-se que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	12	40,0%
Raramente	4	13,3%
Às vezes	10	33,3%
Quase sempre	1	3,3%
Sempre	3	10,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº17, correspondente á questão Q17: “Sente-se que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?”, Verifica-se que 40,0% (n=12) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam raramente, 33,3% (n=10) responderam às vezes, 3,3% (n=1) responderam quase sempre e por fim 10,0% (n=3) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº18- Q18: “Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	8	26,7%
Raramente	3	10,0%
Às vezes	12	40,0%
Quase sempre	4	13,3%
Sempre	3	10,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº18, correspondente á questão Q18: “Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?” Verifica-se que 26,7% (n=8) responderam não/nunca, 10,0% (n=3) responderam raramente, 40,0% (n=12) responderam às

vezes, 13,3% (n=4) responderam quase sempre e por fim 10,0% (n=3) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº19- Q19: “Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	9	30,0%
Raramente	3	10,0%
Às vezes	11	36,7%
Quase sempre	6	20,0%
Sempre	1	3,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº19, correspondente á questão Q19: “Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?” Verifica-se que 30,0% (n=9) responderam não/nunca, 10,0% (n=3) responderam raramente, 36,7% (n=11) responderam às vezes, 20,0% (n=6) responderam quase sempre e por fim 3,3% (n=1) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº20- Q20: “Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	4	13,3
Raramente	9	30,0%
Às vezes	9	30,0%
Quase sempre	7	23,3%
Sempre	1	3,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº20, correspondente á questão Q20: “Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?” Verifica-se que 13,3% (n=4) responderam não/nunca, 30,0% (n=9) responderam raramente, 30,0% (n=9) responderam às vezes, 23,3% (n=7) responderam quase sempre e por fim 3,3% (n=1) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº21- Q21: “Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	14	46,7%
Raramente	4	13,3%
Às vezes	4	13,3%
Quase sempre	6	20,0%
Sempre	2	6,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº21, correspondente á questão Q21: “Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?” Verifica-se que 46,7% (n=14) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam raramente, 13,3% (n=4) responderam às vezes, 20,0% (n=6) responderam quase sempre e por fim 6,7% (n=2) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº22- Q22: “Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a tomar conta do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	11	36,7%
Raramente	4	13,3%
Às vezes	4	13,3%
Quase sempre	8	26,7%
Sempre	3	10,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº22, correspondente á questão Q22: “Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a tomar conta do seu familiar?” Verifica-se que 36,7% (n=11) responderam não/nunca, 13,3% (n=4) responderam raramente, 13,3% (n=4) responderam às vezes, 26,7% (n=8) responderam quase sempre e por fim 10,0% (n=3) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº23- Q23: “Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	2	6,7%
Raramente	5	16,7%
Às vezes	8	26,7%
Quase sempre	11	36,7%
Sempre	4	13,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº23, correspondente á questão Q23: “Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar? Verifica-se que 6,7% (n=2) responderam não/nunca, 16,7% (n=5) responderam raramente, 26,7% (n=8) responderam às vezes, 36,7% (n=11) responderam quase sempre e por fim 13,3% (n=4) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº24- Q24: “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	3	10,0%
Raramente	1	3,3%
Às vezes	7	23,3%

Quase sempre	9	30,0%
Sempre	10	33,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº24, correspondente á questão Q24: “Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo? Verifica-se que 10,0 % (n=3) responderam não/nunca, 3,3% (n=1) responderam raramente, 23,3% (n=7) responderam às vezes, 30,0% (n=9) responderam quase sempre e por fim 33,3% (n=10) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº25- Q25: “Considera que tem conhecimentos e experiencia para cuidar do seu familiar?

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	2	6,7%
Raramente	3	10,0%
Às vezes	11	36,7%
Quase sempre	8	26,7%
Sempre	6	20,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº25, correspondente á questão Q25: “Considera que tem conhecimentos e experiencia para cuidar do seu familiar? Verifica-se que 6.70 % (n=2) responderam não/nunca, 10,0% (n=3) responderam raramente, 36,7% (n=11) responderam às vezes, 26,7% (n=8) responderam quase sempre e por fim 20,0% (n=6) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº26- Q26: “A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	6	20,0%
Raramente	2	6,7%
Às vezes	10	33,3%
Quase sempre	2	6,7%
Sempre	10	33,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº26, correspondente á questão Q26: “: “A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar? Verifica-se que 20,0% (n=6) responderam não/nunca, 6,7% (n=2) responderam raramente, 33,3% (n=10) responderam às vezes, 20,0% (n=6) responderam quase sempre e por fim 33,3% (n=10) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº27- Q27: “Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	6	20,0%
Raramente	2	6,7%
Às vezes	4	13,3%
Quase sempre	3	10,0%
Sempre	15	50,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº27, correspondente á questão Q27: “Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?” Verifica-se que 20,0% (n=6) responderam não/nunca, 6,7% (n=2) responderam raramente, 13,3% (n=4) responderam às vezes, 10,0% (n=3) responderam quase sempre e por fim 50,0% (n=15) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº28- Q28: “Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	0	0,00%
Raramente	0	0,00%
Às vezes	5	16,7%
Quase sempre	6	20,0%
Sempre	19	63,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº28, correspondente á questão Q28: “Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?” Verifica-se que 16,7% (n=5) responderam às vezes, 20,0% (n=6) responderam quase sempre e por fim 63,3% (n=19) dos inquiridos responderam sempre sendo que nenhum elemento respondeu não/ nunca e raramente.

Tabela nº29- Q29: “O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	4	13,3%
Raramente	2	6,7%
Às vezes	6	20,0%
Quase sempre	2	6,7%
Sempre	16	53,3%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº29, correspondente á questão Q29: “O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?” Verifica-se que 13,3% (n=4) responderam não/nunca, 6,7% (n=2) responderam raramente, 20,0% (n=6) responderam às vezes, 6,7% (n=2) responderam quase sempre e por fim 53,3% (n=16) dos inquiridos responderam sempre.

Tabela nº30- Q30: “Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	0	0,00%
Raramente	2	6,7%
Às vezes	1	3,3%
Quase sempre	1	3,3%
Sempre	26	86,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº30, correspondente á questão Q30: “Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?” Verifica-se que 6,7% (n=2) responderam raramente, 3,3% (n=1) responderam às vezes, 3,3% (n=1) responderam quase sempre e por fim 86,7% (n=26) dos inquiridos responderam sempre, sendo que nenhum elemento respondeu não/nunca.

Tabela nº31- Q31: “Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Não/Nunca	0	0,00%
Raramente	0	0,00%
Às vezes	4	13,3%
Quase sempre	9	30,0%
Sempre	17	56,7%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº31, correspondente á questão Q31: “Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?” Verifica-se que 13,3% (n=4) responderam às vezes, 30,0% (n=9) responderam quase sempre e por fim 56,7% (n=17) dos inquiridos responderam sempre, sendo que nenhum elemento respondeu não/nunca e raramente.

Tabela nº32- Q32: “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?”

Respostas possíveis	Frequência absoluta	Percentagem
Não/Nunca	1	3,3%
Raramente	3	10,00%
Às vezes	6	20,0%
Quase sempre	5	16,7%
Sempre	15	50,0%
Total	30	100 %

Analisando a tabela nº32, correspondente á questão Q32: “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?” Verifica-se que 3,3% (n=1) responderam não/nunca, 10,0% (n=3) responderam raramente, 20,0% (n=6) responderam às vezes, 16,7% (n=5) responderam quase sempre e por fim 50,0% (n=15) dos inquiridos responderam sempre.

Anexo 2 - QASCI- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Parte 1

- Indicadores Demográficos

Idade do cuidador informal: _____ anos

Género: Feminino Masculino

Parentesco: Marido/Esposa Filho/a Neto/a Outro _____

Á quanto tempo é cuidador informal: _____ anos

Parte 2

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

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

<i>Nas últimas 4 semanas</i>	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar	1	2	3	4	5

conta do seu familiar?					
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar 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. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5

28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

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

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 do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, 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 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 objectivos 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 o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

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

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo 4 - Carta de autorização para uso do QASCI

Cara Priscila Caseiro

Porto, 2 de fevereiro de 2018

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) no projeto de graduação "**A sobrecarga do cuidador informal**", a ser desenvolvido no CLE, 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 atuação 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

Anexo 5 - Índice de Lawton e Brody

– Utilização do Telefone

- Utiliza o telefone por iniciativa própria (1)
- É capaz de marcar bem alguns números familiares (1)
- É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar (1)
- Não é capaz de usar o telefone (0)

2 – Fazer Compras

- Realiza todas as compras necessárias independentemente (1)
- Realiza independentemente pequenas compras (0)
- Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra (0)
- É totalmente incapaz de comprar (0)

3 – Preparação das Refeições

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente (1)
- Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos (0)
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada (0)
- Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições (0)

4 – Tarefas Domésticas

- Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados) (1)
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama (1)
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza (1)
- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas (0)
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica (0)

5 – Lavagem da Roupa

- Lava sozinho toda a sua roupa (1)
- Lava sozinho pequenas peças de roupa (1)
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros (0)

6 – Utilização de Meios de Transporte

- Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro (1)
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte (1)
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado (1)
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros (0)
- Não viaja (0)

7 – Manejo da Medicação

- É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas (1)
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente (0)
- Não é capaz de administrar a sua medicação (0)

8 – Responsabilidade de Assuntos Financeiros

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho (1)
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco (1)
- Incapaz de manusear o dinheiro (0)

Níveis de dependência segundo resultados

Mulher	Nível dependência	Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5