



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes na região de Lafões

Elisabete Pereira Rodrigues Vieira

Dezembro 2021



A sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes na região de Lafões

Elisabete Pereira Rodrigues Vieira

Dissertação

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e
Andrade

Dezembro 2021

“Cuidar de idosos constitui um ato de amor da maior relevância que deve ser incentivado e preservado”

(Eurico Figueiredo)

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me acompanharam neste percurso e me ajudaram a chegar a bom porto.

Começo por agradecer à minha orientadora a Professora Doutora Ana Isabel Andrade, a sua partilha de conhecimentos, paciência, compreensão e disponibilidade.

Aos colegas enfermeiros que me apoiaram e referenciaram os familiares cuidadores que participaram neste estudo, o meu bem-haja.

A todos os familiares cuidadores que tive o prazer de conhecer, a minha força e gratidão por se manterem firmes nessa missão de cuidar.

À minha família que sempre esteve ao meu lado, que riu e chorou comigo nesta caminhada, o meu amor incondicional.

Resumo

Introdução: Ser familiar cuidador de um idoso dependente é uma situação complexa, com grande desgaste físico e emocional, muitas vezes acarreta uma sobrecarga para o familiar cuidador, comprometendo a sua vida pessoal e familiar trazendo repercussões negativas na saúde de ambos.

Objetivos: Determinar a sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes na Região de Lafões e identificar as variáveis independentes que influenciam o nível de sobrecarga.

Metodologia: Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo e transversal, entre julho e agosto de 2021, nos concelhos de Oliveira de Frades, São Pedro do Sul e Vouzela. Trata-se de um estudo realizado numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 32 familiares cuidadores de idosos dependentes, referenciados pelas equipas de saúde familiar e os profissionais que integram as Unidades de Cuidados na Comunidade.

Resultados: Os familiares cuidadores revelam níveis intensos de sobrecarga. A sobrecarga apresentada, e de acordo com os fatores de sobrecarga da ESC, é tanto objetiva como subjetiva. As variáveis independentes que exercem influência na variável dependente são a perceção do estado de saúde, a realização de atividades de lazer; as atividades que o cuidador deixou de realizar quando se tornou cuidador e o género do familiar cuidador.

Conclusão: É fundamental estabelecer estratégias de intervenção direcionadas às necessidades dos cuidadores familiares, reconhecendo-os como parceiros fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades específicas do idoso dependente.

Palavras Chave: Familiar cuidador; Idoso dependente; Sobrecarga do Cuidador

Abstract

Introduction: Being a family caregiver of a dependent elderly person is a complex situation, with great physical and emotional wear, often entails an overload for the family caregiver, compromising their personal and family life, bringing negative repercussions on the health of both.

Objectives: To determine the burden of family caregivers of dependent elderly people in the Region of Lafões and to identify the independent variables that influence the level of burden.

Methodology: A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out between July and August 2021, in the municipalities of Oliveira de Frades, São Pedro do Sul and Vouzela. This is a study carried out in a non-probabilistic, convenience sample, consisting of 32 family caregivers of dependent elderly people, referenced by family health teams and professionals who make up the Community Care Units.

Results: Family caregivers reveal intense levels of burden. The presented overload, and according to the ESC overload factors, is both objective and subjective. The independent variables that influence the dependent variable are the perception of health status, the performance of leisure activities; the activities that the caregiver failed to perform when he became a caregiver and the gender of the family caregiver.

Conclusion: It is essential to establish intervention strategies aimed at the needs of family caregivers, recognizing them as essential partners for the provision of quality care, meeting the specific needs of the dependent elderly.

Key Words: Family caregiver; Dependent elderly; Caregiver Overload

Sumario

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

	Pág.
Introdução	23
PARTE I – Enquadramento teórico	29
1 – Envelhecimento e Dependência	31
1.1 Processo de envelhecimento	31
1.2 Dependência em idosos e cuidados domiciliários	32
1.3 Aspetos demográficos da região de Lafões	33
2 – A família e o cuidar	39
2.1 A família como prestadora de cuidados	42
3 - A sobrecarga do familiar cuidador	49
3.1 Sobrecarga física	51
3.2 Sobrecarga emocional	52
3.3 Sobrecarga social	53
PARTE II– Estudo Empirico	55
4 – Metodologia	57
4.1 Justificação da problemática	57
4.2 Objetivos do estudo	58
4.3 Variáveis em estudo	58
4.4 Tipo de estudo	60
4.5 Participantes	60
4.6 Instrumento de colheita de dados	61
4.7 Procedimentos éticos e formais	65
4.8 Tratamento estatístico	66
5. Apresentação dos resultados	69
5.1 Análise descritiva	69
5.2 Análise inferencial	83

6. Discussão dos resultados	93
Conclusões	99
Referencias bibliográficas	103
Anexos	113
Anexo I - Consentimento Informado	115
Anexo II - Autorização de utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador	117
Anexo III - Autorização o Diretor Executivo do Aces Dão Lafões	119
Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro	121
Anexo V - Instrumento de Colheita de dados	123
Anexo VI - Escala de Barthel modificada	127
Anexo VII - Classificação Social de Graffar	129
Anexo VIII - Escala de Sobrecarga do Cuidador	131

Lista de tabelas		Pág.
Tabela 1	Estatísticas relativas à idade dos idosos segundo género	69
Tabela 2	Caraterização sociodemográfica e clínica dos idosos em função do género	71
Tabela 3	Estatísticas relativas à idade dos familiares cuidadores segundo género	72
Tabela 4	Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores em função do género	73
Tabela 5	Caraterização das variáveis psicossociais e familiares do familiar cuidador em função do género.	75
Tabela 6	Caraterização da etapa do ciclo vital da família em função do género	76
Tabela 7	Caraterização das variáveis habitacionais do familiar cuidador, em função do género	77
Tabela 8	Caraterização da perceção do estado de saúde dos familiares cuidadores em função do género	77
Tabela 9	Caraterização das atividades de lazer dos familiares cuidadores em função do género	78
Tabela 10	Estatísticas relativas à sobrecarga do familiar cuidador segundo o género	79
Tabela 11	Nível de sobrecarga dos familiares cuidadores em função do género	80
Tabela 12	Distribuição dos familiares cuidadores pelos fatores de sobrecarga	81
Tabela 13	Itens do fator de sobrecarga, impacto na prestação de cuidados	81
Tabela 14	Itens do fator de sobrecarga, relação interpessoal	82
Tabela 15	Itens do fator de sobrecarga, expetativas face ao cuidar	82
Tabela 16	Itens do fator de sobrecarga, autoeficácia	83
Tabela 17	Teste de Mann-Whitney entre o género e o tipo de dependência do idoso com a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)	84
Tabela 18	Teste de Kruskal-Wallis entre o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)	85
Tabela 19	Teste de Mann-Whitney entre o género e o estado civil do familiar cuidador e a sobrecarga (fatores e total)	86
Tabela 20	Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas do familiar cuidador e a sobrecarga (fatores e total)	88
Tabela 21	Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis familiares e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)	90
Tabela 22	Teste de Mann-Whitney entre as variáveis psicossociais e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)	91
Tabela 23	Teste de Mann-Whitney entre a coabitação e a perceção de saúde com a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)	92

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Mapa da região de Lafões	34
Figura 2	Mapa do concelho de Oliveira de Frades	35
Figura 3	Mapa do concelho de São Pedro do Sul	36
Figura 4	Mapa do Concelho de Vouzela	37
Figura 5	Representação esquemática das variáveis em estudo	59

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 Pontuação do Índice de Barthel Modificado	62
Quadro 2 Categorias da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
DP	Desvio Padrão
EC	Expectativas com o cuidar
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESC	Escala da Sobrecarga do Cuidador
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
hab/km ²	Habitantes por quilometro quadrado
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPC	Impacto da prestação de cuidados
M	Média
Max.	Máximo
Min.	Mínimo
N	Número total de itens
n. ^o	número
OCDE	Organização de cooperação e Desenvolvimento Económico
p.	página
Pp	páginas
PE	Perceção de autoeficácia
PDF	Portable Document Format
RI	Relação interpessoal
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
SO	Sobrecarga objetiva
SU	Sobrecarga Subjetiva
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
%	percentagem

Introdução

O envelhecimento populacional é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI (Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento quase duplicará entre 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens e o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) em Portugal, passará para 3.0 milhões (INE, 2020).

Segundo Moniz (2003) citado por Sousa (2019), o processo do envelhecimento demográfico não é um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que acarreta. Se por um lado, se conquistam mais anos de vida, por outro, essa conquista poderá representar uma verdadeira catástrofe. A pessoa vai-se expondo, ao longo do prolongamento dos anos, a doenças incapacitantes, nomeadamente crónicas e mentais, decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

O avanço da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas, potenciam o aumento da longevidade da população (Giddens, 2008 citado por Sousa, 2019).

À medida que vamos envelhecendo, ocorrem alterações estruturais e funcionais no organismo e uma maior dependência e incapacidade por parte dos idosos (Sousa, 2019).

A família é um sistema, onde os seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos, onde existe um compromisso e vínculo afetivo entre os seus membros. Uma das principais funções da família é a de solidariedade intergeracional. (Relvas, 2006 citado por Barreiros, 2019).

Cuidar de idosos dependentes, torna-se um grande desafio para quem presta cuidados, nomeadamente para os cuidadores informais. A história de vida do idoso, os seus valores e cultura tornam este processo dinâmico e complexo. O ato de cuidar envolve esforço mental, físico, psicológico, social e económico que muitas vezes não é possível assegurar por uma rede de apoio formal pela falta de recursos económicos. Neste sentido, emerge a necessidade do prestador de cuidados informais que, sendo familiar, amigo/a, e/ou vizinho/a assume a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

Os cuidados prestados aos indivíduos em situação de dependência, emergiram na última metade do século XX, como consequência direta do envelhecimento demográfico.

As doenças crônicas desencadeiam alterações a nível físico, psicológico e/ou social, as quais vão privar a memória, o raciocínio, a personalidade, a autonomia e a independência da pessoa, levando à perda da capacidade para a execução de simples tarefas do dia-a-dia. O mesmo autor relata que estas alterações exigem continuidade de cuidados e abordagens integradoras centradas na pessoa, e que as mudanças provocadas comprometem o modo de vida da pessoa e da sua família, obrigando a alteração de papéis em toda a estrutura familiar. (Girão, 2005 citado por Rico, 2019)

Nas últimas décadas, tem surgido uma nova abordagem, por parte dos serviços de saúde, com o objetivo de envolver as famílias na prestação dos cuidados. É nesta abordagem, que a conduta dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, atendendo ao regulamento de competências específicas, deve ser orientada no sentido de capacitar os cuidadores informais e dar resposta às necessidades de saúde das famílias (Lopes, 2019).

As famílias são complexas e dinâmicas e constituem um enorme desafio para os enfermeiros. Ao conhecer a sua história, os seus recursos, as suas crenças e valores, o seu estilo de comunicação, a sua capacidade de tomar decisões, os enfermeiros podem constituir um recurso fundamental para apoiar, as suas escolhas e ajudá-las a reforçarem-se perante os momentos de crise que podem constituir-se como momentos de crescimento e gratificação familiar. (Barbieri-Figueiredo, 2011)

A preparação, capacitação e acompanhamento destas famílias cuidadoras de idosos dependentes, tem sido insuficiente, e até mesmo desadequada, propiciando um aumento das situações sociais problemáticas e reinternamentos hospitalares. As mudanças que ocorrem no seio da família com a dependência de algum familiar, pressupõem a aquisição de estratégias de Coping com uma readaptação de todo um modo de vida e das dinâmicas familiares (Lopes, 2019).

A preocupação com os cuidados à família faz com que haja mudança de paradigma, neste sentido tem havido alguma evolução, tendo como objetivo a melhoria de cuidados e apoio domiciliário aos idosos dependentes e seus cuidadores. Podemos destacar o desafio lançado pela Ordem dos Enfermeiros “A cada família o seu enfermeiro”, nestes últimos 20 anos o enfermeiro de família, surge como um elemento

fulcral na avaliação, planeamento, intervenção e acompanhamento individualizado de cada família no seu contexto.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surgiu em Portugal em 2006, como uma forma de responder às exigências de cuidados das pessoas mais dependentes no autocuidado. Esta rede assenta num modelo estruturado em conjunto a nível da saúde e da segurança social, envolvendo cuidados a nível da prevenção, reabilitação e de natureza paliativa (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Posteriormente, através do despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, é aprovado o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A missão centra-se na "(...) prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção."

A luta social para reforçar o poder e a responsabilidade do indivíduo no processo de cuidar culminou no dia 6 de setembro de 2019, com a publicação em Diário da República da Lei nº100/2019, que aprova o **Estatuto do Cuidador Informal** que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio.

Cuidar de uma pessoa dependente constitui um enorme desafio, principalmente para os cuidadores informais, pelas dificuldades que o cuidado exige. O ato de cuidar implica um enorme esforço mental, físico, psicológico, social e económico, uma vez que muitas vezes esse cuidado não é possível ser assegurado pelos cuidadores formais devido à escassez de recursos. Assim, surge a necessidade do cuidador informal que, habitualmente, é prestado por familiares, amigos ou até mesmo vizinhos, e assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

Consideramos ser de extrema importância, cuidar de quem cuida, valorizando e dignificando o seu desempenho, reconhecendo as suas necessidades, delineando estratégias e fornecendo o apoio de que necessitam para prosseguir com a sua tarefa de cuidar.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, o profissional de Enfermagem é responsável pela promoção da saúde da comunidade em que está inserido, assim como por responder de forma adequada às necessidades em cuidados de enfermagem diagnosticados nessa mesma comunidade (Portugal, Lei nº 156/2015). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária demonstra elevada capacidade de “julgamento clínico e tomada de decisão” na identificação e intervenção sobre os “determinantes sociais e de saúde das comunidades”, com atuação e através:

- Da promoção da responsabilidade social para com a saúde;
- Do incremento dos investimentos para aumentar a saúde;
- Da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde;
- Do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão;
- De assegurar infraestruturas para a promoção da saúde (OE, 2017).

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu e enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões, senti necessidade de avaliar o nível de sobrecarga, dos cuidadores familiares de idosos dependentes na região de Lafões. Embora existam vários estudos nacionais e internacionais abordando a temática da sobrecarga, nenhum reflete a realidade da região de Lafões, com uma população rural, envelhecida e carente de cuidados de saúde.

Todas as questões de investigação partem de uma inquietação, uma problemática que nos desperta o interesse a preocupação e para a qual procuramos encontrar uma explicação (Pocinho, 2012).

Para responder à questão:

” Qual é a sobrecarga do familiar cuidador de idosos dependentes na região de Lafões?”

Foram delineados os seguintes objetivos:

- avaliar os níveis de sobrecarga total (objetiva e subjetiva) dos familiares cuidadores de idosos dependentes,
- analisar a relação entre variáveis sociodemográficas, familiares, habitacionais, nível de dependência do idoso e a sobrecarga do familiar cuidador.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes essenciais: a primeira que corresponde ao enquadramento teórico, que fundamenta cientificamente a investigação e nele são abordados o envelhecimento e dependência, a família e o cuidar e a sobrecarga do familiar cuidador. A segunda parte, diz respeito ao estudo empírico, e nela são descritas a metodologia, bem como a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

PARTE I – Enquadramento teórico

1 – Envelhecimento e Dependência

Por todo o mundo é notório um aumento da população idosa e um declínio da população mais jovem e é cada vez mais um problema social e económico visto afetar todas as gerações (Sousa, 2019).

O envelhecimento da população portuguesa começou há cerca de 60 anos. Entre 1950 e 2001, a proporção de jovens com menos de 15 anos desceu 45,7% enquanto a proporção de idosos maiores de 65 anos aumentou 134,8%. (Bandeira et al, 2012 citado por Sousa, 2019). Um estudo do Instituto Nacional de Estatística, revela que quase metade da população portuguesa terá mais de 65 anos dentro dos próximos 60 anos (Pordata, 2021).

As principais causas apontadas para o aumento do envelhecimento demográfico são o declínio da fecundidade, a diminuição da natalidade e o aumento da longevidade. Com o envelhecimento da população existe um conseqüente aumento da dependência de idosos (Pinheiro, 2012 citado por Sousa, 2019).

“Se o envelhecimento biológico é irreversível nos seres humanos, também o envelhecimento demográfico o é, num mundo em que a esperança de vida continua a aumentar e a taxa de natalidade permanece em decréscimo”. (Sousa, 2019)

1.1 Processo de envelhecimento

O envelhecimento constitui um processo dinâmico, natural, progressivo e irreversível que ocorre desde o nascimento até à morte (Sequeira, 2010).

Um indivíduo é teoricamente idoso quando a sua idade cronológica atinge os sessenta e cinco anos e é sabido que, com o avanço da idade, a pessoa vê-se marcada por transformações físicas, sociais e psíquicas (Santos, 2000).

Costa et al (1999) citado por Barreiros (2019) refere que o envelhecimento em si, não é uma doença, mas pode ser agravado pela doença. Contrapõem assim os conceitos de envelhecimento natural e patológico, evidente nos indivíduos cuja idade biológica é claramente superior à cronológica.

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva, que afeta todos os organismos vivos e que culmina com a morte. O ser humano envelhece gradualmente, é um fenómeno normal e universal que resulta de fatores internos e externos, podendo ser distinguidos três tipos de envelhecimento: O **envelhecimento primário, ou envelhecimento fisiológico** que é universal e progressivo. Não é

considerado uma doença, mas sim um fenómeno que se visualiza com o aparecimento de cabelos brancos, rugas na pele, flacidez muscular e deficits sensoriais. O **envelhecimento secundário ou patológico**, na medida em que se afasta do processo fisiológico normal do envelhecimento, normalmente associado a doenças orgânicas. O **envelhecimento terciário ou terminal**, está associado a um grande aumento de incapacidade física e cognitiva, num período de tempo relativamente curto (Teixeira, 2002 citado por Barreiros, 2019).

O processo de envelhecimento, o aparecimento das doenças crónicas, e a diminuição da autonomia, traz alterações a nível físico, psicológico, social e familiar.

1.2 Dependência em idosos e cuidados domiciliários

A dependência implica uma transição para uma nova vida, devido à diminuição das capacidades individuais para o autocuidado, em que as necessidades e exigências de cuidados, são superiores à capacidade de resposta do idoso (Sequeira, 2018).

Figueiredo (2007) citado por Costa (2017), refere três fatores importantes quando se fala de dependência, a existência de limitação física, psíquica e/ou intelectual, que compromete a capacidade de realizar as atividades de vida diárias.

A dependência pode ser um reflexo de uma perda das funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou pela presença de doenças crónicas. O conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades básicas, implicando assim a necessidade de apoio de outras pessoas para a realização das AVD (Sequeira, 2018).

Diversos fatores podem determinar a dependência num idoso, como os fatores físicos (fragilidade física, mobilidade e doenças), os psicológicos (transtornos cognitivos e as alterações da personalidade) e os provenientes do contexto em que o idoso está inserido (ambiente físico, as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso), podendo estes promover a autonomia ou contrariamente exacerbar a dependência. Para satisfazer as necessidades humanas básicas, o idoso dependente terá de obter cuidados de terceiros, esse apoio informal, surge de dentro da rede familiar mais próxima do idoso, o que se torna importante principalmente no que se refere ao autocuidado relacionado com a intimidade (Sequeira, 2010).

A família constitui o primeiro lugar de acolhimento para as pessoas idosas (Bagão-Félix, 2000). O domicílio é o lugar ideal para a prevenção, manutenção e promoção da saúde, responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente recai quase sempre às famílias (Barreiros, 2019).

Em Portugal 80% dos cuidados aos idosos continuam a ser efetuados pelas famílias, vizinhos, amigos e voluntários (Quintela, 2000).

Petronilho (2010) citado por Lopes (2019) defende que as famílias podem constituir um valioso recurso para os cuidados de enfermagem no domicílio, sendo para isso necessário assegurar assistência e acompanhamento no processo de transição dos membros da família, para o exercício do papel de cuidadores, aquando da integração no domicílio, de um membro com dependência no autocuidado.

A família ultrapassa diferentes fases e, à medida que vai evoluindo, adquire diferentes funções, como as de desenvolvimento, de proteção e de socialização de todos os seus membros (Gomes & Mata, 2017).

Para que um familiar se torne cuidador, deverá possuir alguns requisitos, ou desenvolver confiança para desempenhar as tarefas implicadas pelo cuidar. Quanto maior for essa confiança melhor irá encarar as dificuldades e, conseqüentemente, sentir-se orgulhoso obtendo uma maior satisfação pessoal, contribuindo para o seu bem estar geral (Mata e Rodrigues, 2017).

O padrão de recursos disponíveis, aos familiares cuidadores, é determinante para uma transição saudável dos membros da família, para o exercício do papel de cuidadores, aquando da integração no domicílio de um idoso dependente. A adaptação familiar ao papel de cuidadores deve ser acompanhada da intervenção dos enfermeiros da comunidade, nas diferentes etapas do processo, na organização familiar e na utilização dos recursos disponíveis (Petronilho, 2010).

1.3 Aspetos demográficos da Região de Lafões

A Região de Lafões, situada na região Centro de Portugal, no distrito de Viseu, tem uma área geográfica de 608 Km² e uma população residente de aproximadamente 35.000 habitantes. Desde 1836 que engloba 3 municípios limítrofes: Oliveira de Frades; São Pedro do Sul e Vouzela. É uma região Rural, com uma população envelhecida, à semelhança do que acontece no território português.

Integra o Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões (ACeS DL) que ocupa uma superfície de 3.237,74 Km², tem uma densidade populacional, no ano de 2017 de 78,6 hab/Km², inferior à da Região Centro (RC) com 79,1 hab/Km² e Continente (109,9 hab/Km²). É limitado a norte pelos distritos do Porto e Vila Real, a leste pelo distrito da Guarda, a sul pelo distrito de Coimbra e a Oeste pelo distrito de Aveiro.

Trata-se de uma região com baixa natalidade, população envelhecida e com patologia crónica múltipla, carecendo do incentivo da natalidade, do contributo para que

os jovens se tornem adultos mais saudáveis e de respostas rápidas e eficazes às doenças de evolução prolongada, às doenças transmissíveis, ao trauma, e às emergências de saúde pública. O Índice de envelhecimento (166,29), de dependência de idosos (36,8) e de dependência total (58,8) é superior à Região Centro e Continente (Pordata, 2021).

Em 2020, a população residente na região de Lafões, com 65 ou mais anos correspondia a 22,5% no Concelho de Oliveira de Frades, 29,1% no Concelho de São Pedro do Sul e 29,2% no Concelho de Vouzela (Pordata, 2021).

Com o aumento da esperança média de vida, a população idosa torna-se cada vez mais dependente de cuidados, que muitas vezes são assegurados por familiares próximos que assumem o papel de cuidadores de forma natural (Sousa, 2019).



Figura 1 – Mapa da região de Lafões

Fonte: <https://laoes.webnode.pt/a-regiao/>

Oliveira de Frades é um concelho com cerca de 9938 habitantes e 10099 inscritos na USF Lafões, densidade populacional de 67,4 hab/km², tendo uma área de 147,45 km².

A Reorganização Administrativa Territorial Autárquica conduziu a uma reestruturação territorial, sendo um dos poucos municípios de Portugal territorialmente descontínuo. É composto por oito freguesias: União das freguesias de Arca e Varzílias; Arcozelo das Maias; União das freguesias de Destriz e Reigoso; União das freguesias

de Oliveira de Frades, Souto de Lafões e Sejães; Pinheiro de Lafões; Ribeiradio; São João da Serra e São Vicente de Lafões. (cf. Figura 2). Em termos de Saúde, destaca-se o Centro de Saúde de Oliveira de Frades, que integra várias unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar de Lafões (USF Lafões), Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões (UCC Lafões), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Atendimento Complementar (AC).

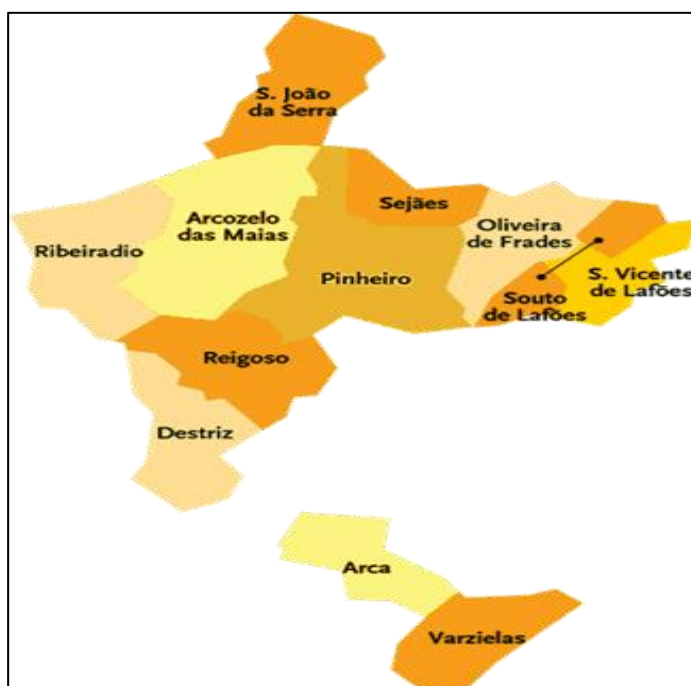


Figura 2 - Mapa do concelho de Oliveira de Frades

Fonte: <https://geneall.net/pt/mapa/287/oliveira-de-frades>

São Pedro do Sul é um concelho com cerca de 15440 residentes e 15773 inscritos na UCSP de São Pedro do Sul, densidade populacional de 44,3 hab/km², tendo uma área de 348,95 km². É composto por dezanove freguesias: Baiões; Bordonhos; Candal, Carvalhais; Covas do Rio, Figueiredo de Alva; Manhouce; Pindelo dos Milagres; Pindo; Santa Cruz da Trapa; São Cristóvão de Lafões; São Félix; São Martinho das Moitas; São Pedro do Sul; Serrazes; Sul; Valadares; Várzea e Vila Maior. (cf. figura 3). Os recursos de Saúde, centralizam-se no Centro de Saúde de São Pedro do Sul, que integra várias unidades funcionais (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP São Pedro do Sul), Unidade de Cuidados na Comunidade de São Pedro do Sul

(UCC São Pedro do Sul), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Serviço de Urgência Básico (SUB).



Figura 3 - Mapa do concelho de São Pedro do Sul

Fonte: <https://geneall.net/pt/mapa/287/sao-pedro-do-sul>

Vouzela tem uma população residente de 9722 habitantes e 10810 utentes inscritos na UCSP Vouzela, apresenta uma densidade populacional de 50,2 Hab./Km². Com uma área de 193,7 km², os 9722 habitantes dividem-se por nove freguesias: União de freguesias Cambra e Carvalhal de Vermilhas; União de freguesias Fataunços e Figueiredo das Donas; União de freguesias Vouzela e Paços de Vilharigues; Alcofra; Campia; Fornelo do Monte; Queirã; S. Miguel do Mato e Ventosa. (cf. figura 4). Em termos de Saúde, destaca-se o Centro de Saúde de Vouzela, que integra várias unidades funcionais (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP Vouzela), Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões (UCC Lafões), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Atendimento Complementar (AC).

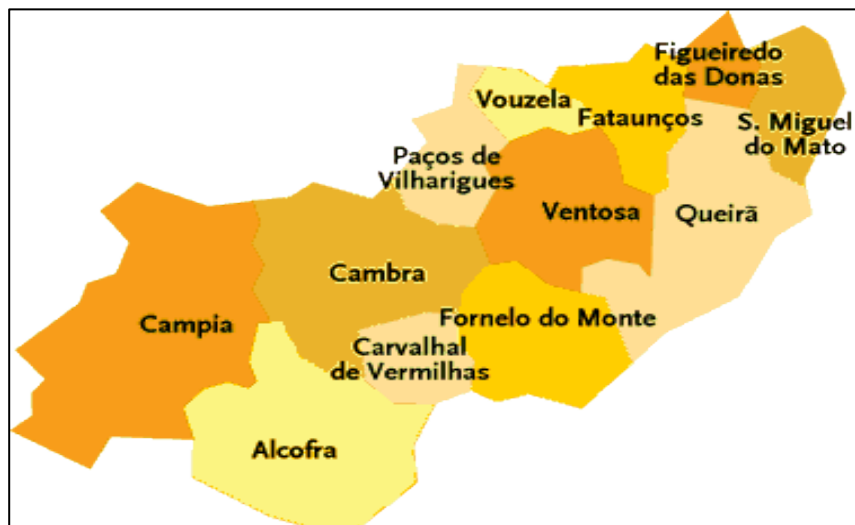


Figura 4 - Mapa do Concelho de Vouzela

Fonte: <https://geneall.net/pt/mapa/295/vouzela/>

2 – A família e o cuidar

O conceito de família, na sociedade atual, há muito que deixou de ter o significado conceptual tradicional a que se estava habituado. A família é caracterizada essencialmente pelos vínculos afetivos estabelecidos entre os seus elementos. É todo e partes ao mesmo tempo, assumindo particularidades que são diferentes e mais do que a soma das partes. Qualquer alteração afeta quer as partes, quer o todo e ambos promovem a mudança e o equilíbrio dinâmico da família (Figueiredo, 2012).

O papel da família nos cuidados e na recuperação da saúde é importante para quase todos os doentes, especialmente quando se sentem mais fragilizados. O calor, o carinho envolvente daqueles que nos são mais próximos contribuem para que os idosos se sintam queridos e amados, por aqueles a quem eles amam (Barreiros, 2019).

Existe um enfoque cada vez maior, no sentido de privilegiar o domicílio como lugar de prestação de cuidados da pessoa idosa dependente, como estratégia de promoção da autonomia e dignidade. Deste modo, a família surge como o pilar de apoio no cuidado à pessoa idosa dependente (Sequeira, 2018).

Monteiro (2013) citado por Almeida (2015) refere que em investigações sobre a dinâmica familiar, é importante estudar o funcionamento familiar explorando as relações entre os seus membros, e os valores familiares no atendimento ao compromisso de cuidar do outro.

O ciclo vital da família é uma sequência onde se preveem modificações na organização familiar, modificações essas que implicam mudanças na sua evolução histórica, resultantes da evolução dos membros que compõem a família. Todas as famílias desempenham funções tendo em vista a integridade da unidade familiar, e a resposta às suas necessidades, às necessidades individuais de cada membro e às expectativas da sociedade (Relvas, 2006).

A família permanece como a instituição que cumpre o papel social de cuidar de idosos, apresentando uma enorme flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas e atuando como espaço transmissor de oportunidades e de perspetivas de vida para os seus membros (Gomes e Mata, 2017).

Uma função básica da família é proteger a saúde dos seus elementos durante o seu desenvolvimento, mas também responder apoiando as necessidades humanas básicas durante o período de doença e/ou incapacidade/dependência de um dos seus elementos.

Nas várias abordagens desenvolvimentistas, o ciclo vital das famílias é dividido em estádios ou etapas, definidos segundo dois tipos de crise: crise de acesso (entrada na família) e crise de desmembramento (saída da família) (Relvas, 2000).

Ao longo do seu desenvolvimento, a família encontra-se sujeita a diversas situações stressantes. Por isso, é essencial que disponha de uma rede de suporte efetiva, que auxilie nas transformações e adaptações que terão que se realizar. A família ultrapassa diferentes fases e, à medida que vai evoluindo, adquire diferentes funções, como as de desenvolvimento, de proteção e de socialização de todos os seus membros (Gomes & Mata, 2017).

Martins (2002) aponta como recursos da família: experiências anteriores, comprometimento com a família, coesão entre os membros, flexibilidade e capacidade da família para reconhecer os recursos externos, existentes na comunidade.

O afeto e o amor desenvolvidos entre os membros da família ou até mesmo com os vizinhos, constituem-se como fontes de apoio da família. Para a família resolver uma crise, terá que o fazer no presente. No entanto, terá que equacionar elementos do passado e do futuro. É de extrema importância a continuidade entre a estrutura passada e aquela que se encontra em elaboração (Alarcão, 2002).

Na sequência de uma nova rotina, a própria dinâmica familiar sofre alterações, desestabilizando e alterando relações de poder, dependência e intimidade. A responsabilidade da prestação de cuidados a um familiar idoso traz repercussões ao nível do relacionamento familiar. A dependência não atinge apenas o idoso, mas tudo o que o rodeia, começando na família. No início há uma reestruturação familiar, tendo que redistribuir as tarefas pelos membros da família e não apenas pelo cuidador principal. As relações familiares alteram-se, a nível do cuidador e idoso e a nível destes com os restantes membros da família (Figueiredo, 2006 citado por Costa, 2012).

A dependência do idoso é um fator de risco para a manutenção da harmonia na estrutura familiar, em que o seu reequilíbrio depende de um conjunto de fatores inerentes à pessoa dependente, assim como da família onde esta se inclui: a fase de desenvolvimento da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a intensidade do impacto que a doença crónica tem sobre os vários elementos, assim como, as repercussões na dinâmica familiar. A situação de dependência do familiar idoso traz implicações individuais e acarreta instabilidade à célula familiar. A harmonia familiar sofre uma rutura perante a doença de um dos seus membros o que implica mudança em todo o sistema, levando muitas vezes a uma situação de crise. A intensidade desta crise está relacionada não só com a utilização dos recursos familiares disponíveis, mas também com o suporte externo e com a perceção do problema. Neste sentido, as

famílias com pouco suporte externo, são mais vulneráveis à crise e conseqüentemente mais suscetíveis à rutura. A doença ao afetar toda a estrutura e dinâmica familiar, pode por vezes, proporcionar comportamentos e manifestações patológicas, dependendo do tipo de patologia, da doença, do grau de incapacidade e do papel e função do indivíduo doente. Deste modo, a família é entendida como um sistema que enfrenta perturbações, se desestrutura quando tem dificuldades e necessita de apoio para enfrentar as situações de doença (Hanson, 2005 citado por Rodrigues, 2013).

Neste processo dinâmico a doença de um dos membros vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de Sorensan e Luckman (1998) desencadeia sentimento de depressão/ansiedade, frustração e exaustão. Perfilhando desta opinião, Moreira (2001) refere também que os familiares cuidadores encontram-se sujeitos a sentimentos de isolamento social, privação do descanso, redução do rendimento económico, conflitos familiares, perdas de paciência, cansaço, angústia e irritabilidade, conduzindo ao impedimento de exercer a sua atividade laboral.

Confrontada com a doença de um dos seus membros, a família é sujeita a sentimentos de ansiedade, stress, angústia, devida à ameaça sentida, ao desconhecimento da evolução e das necessidades de mudança.

Hanson (2005) desenvolveu um modelo, onde descreve o Ciclo de Saúde e Doença da Família, segundo 5 fases temporais, baseadas nos esforços que a família realiza para reduzir os riscos da doença; lidar com a fase inicial da doença; e adaptar-se à morte ou à doença:

- 1.^a Fase - Promoção da saúde familiar e redução do risco;
- 2.^a Fase - Vulnerabilidade familiar e aparecimento/recaída da doença;
- 3.^a Fase - Avaliação da família sobre a doença;
- 4.^a - Fase Resposta aguda da família;
- 5.^a Fase - Adaptação à doença e recuperação.

Mesmo com todas as alterações na sociedade no que diz respeito á prestação de cuidados a família continua a ser o principal agente:

Os parentes surgem como a principal fonte de auxílio, estando os descendentes diretos na primeira linha. Mas também os colaterais e os respetivos descendentes podem desempenhar um papel importante, nomeadamente no domínio expressivo (Faustino 2017).

2.1 A família como prestadora de cuidados

Pinto (1994), define a família como o local adequado onde se nasce, cresce, vive e morre; onde se sofre e ama; onde o ser humano se realiza na sua plenitude.

“Ser cuidado... cuidar de si próprio... cuidar... Quem ao longo da sua vida, não conheceu cada um destes imperativos? Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social...”

Collière (2002)

Segundo Figueiredo (2007), as principais motivações que levam o familiar a assumir o papel de cuidador, são:

- O dever social e moral é o determinante com mais peso na tomada de decisão; o dever social implica que os familiares se sintam desvalorizados pela sociedade se não cuidarem dos parentes idosos dependentes e sentem-se valorizados se respeitarem a regra. O dever moral pode assumir diversas formas, sobretudo, dar em troca, não se sentir culpado ou cumprir uma promessa feita. Por vezes, revela o lado altruísta da prestação de cuidados, ou seja, os cuidadores colocam-se no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem cuidam;
- A solidariedade conjugal, quando se trata de cônjuges a prestar cuidados, uma vez que “casam para o melhor e para o pior, na saúde e na doença”;
- A solidariedade filial, quando os filhos têm gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca. E noutros laços familiares, mediante os princípios de amor ao próximo e ajuda aos outros;
- O amor, ternura e afeto, ou a comiseração e piedade;
- A recompensa material, por vezes, nem todos se envolvem de forma desinteressada, possuem a expectativa da herança, da recompensa pelos cuidados prestados;
- Evitamento da institucionalização, a preocupação de não recorrer à institucionalização é constante, quer por parte dos idosos quer dos familiares, porque há uma opinião depreciativa em relação aos lares;
- Coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro dos lares demasiado elevado.

(...) os motivos subjacentes ao papel do cuidador constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões, marcado pelas tradições,

padrões e normas sociais vigentes em cada cultura pela concepção de vida e história de cada indivíduo. (Figueiredo, 2007 citado por Serra & Gemitto, 2013)

Ao longo dos anos o papel da família sofreu alterações ao nível da prestação de cuidados ao idoso, porque passou a haver um reconhecimento da importância dos laços familiares para o bem-estar, estabilidade emocional dos indivíduos e com manifestação de vontade e direito das pessoas mais velhas a permanecerem integrados nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais, por outro lado passou a haver a responsabilização das famílias pelos cuidados aos seus elementos dependentes, devido á perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social e às insuficientes soluções de apoio face as necessidades e exigências crescentes (Pimentel e Albuquerque, 2010 citado por Faustino, 2017).

A família é vista como um sistema social aberto e auto-organizado, tendo dessa forma as características de qualquer outro sistema. Constitui um grupo que, no seu conjunto, é muito mais do que a soma das suas partes, isto é, do que a soma dos seus elementos, mas é também parte constituinte de outros sistemas – comunidade e sociedade (Relvas, 2003 citado por Figueiredo,2011).

A família é um sistema de saúde para os seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores crenças, de conhecimentos e de práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde dos seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui ainda um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir no caso de queixas ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001; Schmitz, 2008 citados por Rodrigues, 2013).

A família possui um ciclo de vida próprio constituído por uma sequência de momentos específicos que se iniciam com a formação da família, e terminam quando esta se dissolve pela morte.

“Os vários momentos do ciclo vital exigem reorganização em relação às tarefas do mesmo de tal forma que sejam cumpridos os objetivos que levam a que a unidade familiar se desenvolva com sucesso”.

Martins (2002)

O envelhecimento pressupõe uma reorganização das dinâmicas pessoais e familiares. Começam a surgir limitações físicas e cognitivas que requerem uma

adaptação à nova realidade. Cada família possui a sua própria organização e dinamismo, que lhe proporciona para além de uma individualidade, uma autonomia. A família integra no seu funcionamento as influências externas, mas não depende delas. Apresenta uma capacidade auto organizativa que lhe permite modificar a sua estrutura quando existem mudanças nas condições internas ou externas (Relvas, 2003).

Minuchin (*apud* Alarcão, 2002) designa a estrutura da família como ...” a *rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interage*”.

Na estrutura familiar podem existir dificuldades acrescidas aquando da necessidade de cuidar um idoso dependente. A mulher tem vindo a assumir novos papéis, afirmando-se no mercado de trabalho, mas, culturalmente, e apesar de existirem já muitos cuidadores do sexo masculino, ainda é a mulher quem habitualmente assume o papel principal de cuidador. A adoção do papel de cuidadora vai traduzir-se numa maior limitação do tempo livre e de vida socialmente ativa, pois para além do trabalho remunerado têm a responsabilidade acrescida de cuidadoras (Karsch, 2003, Laham, 2003, citado por Pereira, 2018).

Apesar das limitações acima referidas, existem os motivos que conduzem ao papel de cuidador, e que de acordo com Sequeira (2010) incidem principalmente na iniciativa própria, decisão familiar e vontade da pessoa dependente. Por vezes não é o indivíduo que se voluntaria para cuidar, pois muitas vezes este é definido pelo facto de não haver disponibilidade por parte de outros elementos da família para cuidar, e quanto mais o cuidador se dedica a participar nos atos de cuidar, mais os restantes elementos se afastam e se desresponsabilizam de cuidados (Gomes e Mata, 2017).

Quando a família se depara com a dependência física ou psíquica de um dos seus membros, readapta-se e surge o familiar cuidador, que emerge de forma espontânea e assume esse papel. Imaginário (2004) refere que, essa prestação de cuidados se baseava num ato de reciprocidade, em que as pessoas prestavam cuidados a outro, que temporariamente ou definitivamente requeria ajuda para assegurar as suas necessidades vitais, assegurando a continuidade da vida.

Os idosos numa situação de internamento, quando têm alta da instituição hospitalar, encontram-se mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, não existindo planificação para a sua reintegração na família, habitação ou atividade. É precisamente neste contexto que surge a necessidade de uma reorganização social e familiar que de alguma forma permita dar resposta a estas situações, garantindo deste modo a continuidade de cuidados (Lopes, 2007).

Aquando da assunção do seu papel, o familiar cuidador tem consciência de que a sua vida sofrerá alterações, existindo a necessidade de (re)adaptar as atividades pessoais, sociais e profissionais. Tudo o isto gera conflitos intra e interpessoais, sendo que o primeiro diz respeito ao desejo que este tem de cuidar e de se auto cuidar e o segundo à falta de apoio das redes sociais formais (profissionais da área e organismos públicos) e informais (familiares e amigos) (Santos, 2003 citado por Pereira,2018).

A transição para a prática do papel de cuidador é um processo complexo, que passa por diferentes fases ao longo do processo de cuidados, o qual envolve várias variáveis relacionadas com o próprio cuidador, com a pessoa dependente e com o contexto em que se desenvolve os cuidados, e as quais se relacionam entre si (Sequeira, 2018).

Num estudo realizado em Portugal, por Mendonça *et al.* (2000), a cuidadores informais de pessoas dependentes, 42% da população prestadora de cuidados tinha uma relação familiar com os dependentes (as filhas em primeiro lugar, seguidas dos cônjuges); era essencialmente feminina e casada; pertencia na sua maioria ao grupo etário dos 45-64 anos e coabitava com a pessoa dependente; (38,4%) desempenhava uma atividade profissional (80% exerciam-na a tempo inteiro e 20% a tempo parcial); (35,4%) eram reformados; (23,1%) domésticos; e (3,1%) desempregados.

O impacto do cuidar a nível profissional depende das condições encontradas no trabalho e do modo como estas intersectam a tarefa de cuidar. As dificuldades variam consoante a extensão dos cuidados a prestar mediante o nível de dependência do idoso e em função das suas necessidades e do apoio de outro familiar ou elemento no desempenho da atividade de cuidar. O impacto da tarefa de cuidar, a nível da atividade profissional, traduz-se por algumas alterações, tais como, a alterações do horário de trabalho (como o sair do trabalho para acompanhar o idoso a consultas médicas), a sensação de desempenho afetado, a necessidade de faltar com mais frequência, a diminuição do número de horas de trabalho, as interrupções durante o trabalho e os atrasos (Figueiredo, 2006).

Segundo Andrade (2009), a educação para a saúde é decisiva na divulgação de informação junto do familiar cuidador, para que este possa prestar cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades específicas da pessoa dependente. Também Cesar & Santos (2005) e Sequeira (2018) consideram a educação para a saúde o principal recurso para a transmissão dos saberes, capacitando os familiares cuidadores para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de qualidade, tendo em atenção que aquilo que se ensina tem que ser coerente com o contexto social e cultural onde encontram os cuidadores e as pessoas dependentes.

O desempenho do papel de prestador de cuidados “interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos familiares cuidadores” o que pode manifestar-se em “tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução de convívio, alteração da autoestima, entre outros” (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010 citadas por Marques, 2015).

No relatório de saúde da organização para a cooperação e desenvolvimento económico (OECD, 2017), os familiares cuidadores são referidos como sendo pessoas que prestam ajuda diária ou semanalmente a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social que vivem na sua casa ou não e que necessitam de ajuda para as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Cuidar de idosos dependentes afeta de um modo geral a identidade da família, mas também o desempenho das funções de cada um, e o seu normal funcionamento diário, sendo que o efeito de tais mudanças se pode revelar profundo e duradouro. O papel do cuidador informal de idosos, é caracterizado em três tipos: O cuidador primário ou principal, cuidador secundário e o cuidador terciário. O **cuidador primário ou principal** que é o elemento em quem é confiado a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem o comprometimento absoluto de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou zelar diretamente pela pessoa idosa que demanda de cuidados. Este é quem realiza a maioria dos cuidados. O **cuidador secundário** é alguma pessoa que coopera na prestação de cuidados ocasionalmente, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, comumente são familiares que colaboram com o cuidador principal, em determinadas situações. Por fim, mas não menos importante, o **cuidador terciário** é um familiar, amigo ou vizinho que ajuda muito raramente ou apenas quando solicitado, geralmente em situações de emergência, mas não tem nenhuma responsabilidade pelo desenvolvimento do ato de cuidar do idoso dependente (Sequeira, 2010).

O elemento da família, que assume o papel de cuidador principal, tem de renunciar ao seu emprego em função do idoso dependente e, por outro lado, os recursos económicos disponíveis podem ser afetados, dando origem a dificuldades para prover à satisfação das necessidades familiares (Imagínario, 2004).

Os cuidadores ocupam quase a totalidade do seu tempo entre a prestação de cuidados ao idoso e o planeamento desses cuidados. Por vezes, a inexistência de estruturas de apoio ou de ajudas informais, e quando as necessidades do idoso são extremamente exigentes, podem levar a que o cuidador cesse a atividade profissional. Porém, essa situação seria profundamente negativa devido à perda de estatuto social, do reconhecimento, do prestígio, das relações profissionais e da diminuição dos rendimentos (Figueiredo, 2007).

As dificuldades podem ser atenuadas recorrendo aos apoios existentes a nível de equipamentos e serviços para idosos e a benefícios sociais, financeiros e fiscais para os familiares cuidadores.

Sequeira (2007) citado por Barreiros (2019) refere que dentro da família, o familiar prestador dos cuidados será provavelmente o elemento mais afetado pela ansiedade e pelo stress, devido ao desgaste físico, psíquico e social. É fundamental determinar o seu nível de sobrecarga e as potenciais causas, evitando o esgotamento e a doença subjacente.

3 – A sobrecarga do cuidador familiar

A responsabilidade da prestação de cuidados a um familiar idoso traz repercussões ao nível do relacionamento familiar. A dependência não atinge apenas o idoso, mas tudo o que o rodeia, começando na família. No início há uma reestruturação familiar, tendo que redistribuir as tarefas pelos membros da família e não apenas pelo cuidador principal. As relações familiares alteram-se, a nível do cuidador e idoso e a nível destes com os restantes membros da família (Figueiredo, 2007).

É natural que o ato de cuidar tenha consequências negativas, apesar de ser considerado um trabalho emocionante, gratificante e de enriquecimento pessoal. Os principais impactos negativos são a sobrecarga que provoca alterações na saúde física e mental, a depressão e a ansiedade, alterações na atividade profissional e nos tempos livres e de lazer (Figueiredo, 2007; Gonçalves Pereira e Mateos, 2006).

As dificuldades podem manifestar-se ao nível:

- Da saúde física;
- Da saúde mental e psicológica,
- Em torno das relações familiares/sociais;
- No que respeita à atividade profissional / financeira;

(Teixeira et al., 2017)

A presença de sintomas depressivos, tais como, sentimentos de tristeza, de desespero, de frustração, de inquietação, são comuns em familiares cuidadores, associados à dependência do idoso. Os sentimentos de ansiedade, advêm da preocupação pela saúde do idoso, pela própria saúde, pelos conflitos familiares e pela falta de tempo. Nos últimos anos, a investigação tem dado especial atenção ao impacto negativo causado pela prestação de cuidados informais, nomeadamente, ao nível da saúde e do bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores (Figueiredo, 2007).

O conceito de sobrecarga surgiu nos anos 60 devido aos efeitos que as famílias cuidadoras de doentes psiquiátricos apresentavam, resultado de um programa comunitário desenvolvido na Grã-Bretanha (Fernandes, 2009).

Nos anos 80, Zarit e os seus colaboradores referiram que a avaliação de várias alterações observadas nos cuidadores constituiu a chave para a definição do conceito de sobrecarga (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980, citados por Fernandes, 2009).

Para Borgermans, Nolan & Philip (2001), citados por Figueiredo, (2007) a definição de sobrecarga não é consensual, dado tratar-se de um “construto

multifacetado, referente aos constantes problemas existentes numa situação de prestação de cuidados”.

O termo sobrecarga (burden), é utilizado para descrever na literatura gerontológica os efeitos negativos percebidos pelo cuidador informal (Figueiredo & Sousa, 2008 citado por Machado, 2012).

A sobrecarga pode categorizar-se em objetiva, referente à alteração de parâmetros observáveis e mensuráveis na vida do cuidador e subjetiva, que se reporta à avaliação individual da primeira, através de sentimentos, atitudes e reações emocionais (Sequeira, 2018).

A **sobrecarga objetiva**, representa as consequências no familiar, como resultado da interação com os sintomas e os comportamentos do idoso, que se relacionam com as alterações do dia-a-dia (sobrecarga física e económica), na vida doméstica nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e psicológica do cuidador. Quanto à **sobrecarga subjetiva**, diz respeito à perceção pessoal do familiar cuidador as consequências do cuidar, ou seja, sentimentos, atitudes, características da personalidade, levando a que possa avaliar a sobrecarga objetiva. Esta componente da sobrecarga, relaciona-se então com a vertente relacional e com a de resolução de problemas, representando um papel determinante na perceção da sobrecarga (Sequeira, 2018).

A sobrecarga resulta da avaliação dos cuidadores sobre o papel e as tarefas que desempenham, da perceção e do desenvolvimento da doença dos familiares e, por último, das interferências que estes problemas causam nos variados domínios da vida do cuidador. A presença de um cuidador secundário é fundamental para termos a noção do estado de saúde e qualidade de vida, assim como do nível de sobrecarga do cuidador principal (Pereira & Carvalho, 2012).

Muitas vezes, interfere com aspetos da vida pessoal, familiar, laboral, e social dos familiares cuidadores predispondo-os a conflitos. Frequentemente os familiares cuidadores entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da autoestima entre outros. Esta sobrecarga, pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Martins, Ribeiro e Garrett,.2003).

Cuidar de idosos é uma tarefa associada a elevados níveis de stress e sobrecarga física, pela dependência que acompanha frequentemente a doença, desencadeando no cuidador formal insatisfação no trabalho (Davison et al., 2007; Rolland et al.; 2007; Kuske et al., 2009 citados por Infante, 2016). A sobrecarga do

cuidador pode reduzir a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, impactar negativamente na saúde de quem recebe e presta cuidados (Reis et al., 2015).

Zarit e Gaugler (2000) identificaram dois tipos de fatores stressantes nos familiares cuidadores: “Stressores Primários” e “Stressores Secundários”. Os “stressores primários” relacionam-se com o processo de cuidar, em si, e possuem uma dimensão objetiva e outra subjetiva. A dimensão objetiva refere-se às atividades e aos acontecimentos diretamente associados ao desempenho do papel de cuidador (apoio às tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais e emocionais). A dimensão subjetiva está relacionada com as reações emocionais, sentimentos e emoções. Os “stressores secundários” relacionam-se com os conflitos entre o cuidador e as obrigações familiares e profissionais; os problemas financeiros; e as alterações das atividades sociais, resultantes diretamente dos stressores primários.

O aparecimento de sentimentos de raiva, de ansiedade e de depressão está associado aos familiares, que cuidam dos seus doentes dependentes (Zarit e Gaugler, 2000).

No estudo de Almeida (2006) os cuidadores referiram alterações no corpo e na saúde, após o início das atividades como cuidador, que variaram entre as físicas, como aparecimento de dores no corpo, principalmente na coluna, e alterações psicológicas e sentimentais como stress, depressão, angustia e aumento nas preocupações. As observações gerais dos cuidadores sobre o processo de cuidar variaram entre os que acreditaram que estava bom e estavam conformados com a situação, e aqueles que relataram ser uma questão de obrigação, carinho e responsabilidade). Similar ao anterior, também Trindade, et al., (2017) num estudo realizado a cuidadores de indivíduos dependentes em cuidados domiciliários médicos e de enfermagem da USF Descobertas, entre janeiro e fevereiro de 2015, concluiu que a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga intensa.

3.1 Sobrecarga física

A sobrecarga física refere-se aos problemas físicos que advêm da prestação de cuidados aos idosos dependentes, como, a exaustão e a incapacidade de cumprir o seu papel, dependendo do tipo de tarefas e da responsabilidade exigida perante o grau de dependência do doente (Marques, 2005).

É frequente a presença de cansaço físico e deterioração do estado de saúde nos cuidadores, a partir do início da prestação de cuidados a um idoso dependente (Figueiredo, 2007).

Segundo Selmes & Selmes (2000, citados por Imaginário, 2008) os cuidadores exprimem alterações da saúde como o cansaço físico e a sensação de que a sua saúde ficou fragilizada desde que assumiu a prestação de cuidados ao idoso dependente “(...) as noites sem dormir, os pequenos problemas que há que solucionar a todo o momento (...) impedem-no de se libertar do problema e encontrar os momentos de repouso que lhe são indispensáveis”.

É importante sublinhar que, quando se avalia o impacto causado pela prestação de cuidados na saúde dos cuidadores, deve-se ter particular atenção à idade do cuidador. Ou seja, nos cuidadores mais idosos, é mais provável que comecem a ocorrer situações associadas ao próprio de envelhecimento com diminuição das capacidades cognitivas e força muscular. Neste sentido, é frequente ver os cônjuges cuidadores mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

3.2 Sobrecarga emocional

Sinais de depressão e ansiedade são os problemas mais frequentes na maioria dos cuidadores (Parks, 2000; Benjamim & Cluff, 2001; Cohen & Eisdorfer, 2001; NCEA, 2002, citados por Figueiredo, 2007).

Na sobrecarga emocional, a depressão é o quadro clínico que mais frequentemente ocorre, normalmente, manifestando-se no prazo de um ano após o início da situação de prestação de cuidados (Brito, 2002, citado por Marques, 2005).

Diversos estudos identificaram a presença de sintomas depressivos como a tristeza, desespero, frustração, inquietação, entre outros, em cuidadores familiares, muitas vezes associados à progressiva deterioração do estado de saúde do idoso dependente, à diminuição do tempo livre e à falta de descanso e apoio. Surgem sentimentos de ansiedade e preocupação pela saúde do idoso, pela própria saúde do cuidador, pela falta de tempo e pelos conflitos familiares que emergem com o início da prestação de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Frequentemente, também, emergem sentimentos de culpa por saturação em relação à pessoa recetora de cuidados, por pensar que não se está a fazer tudo o que se pode, por descurar outras responsabilidades e, ainda, por desejar a morte do familiar, acabando assim com o sofrimento do idoso, libertando-se o cuidador da situação (Figueiredo, 2007).

Para Santos (2008) o cuidar torna-se, ainda, mais complexo quando se verifica uma recusa ao nível da aceitação do estado de dependência, por parte do cuidador e/ou

do próprio idoso. Assim, associada a estas alterações, surge e/ou aumenta situações de stress.

Segundo (Oliveira 1994, citado por Marques, 2005) o sistema familiar está sujeito a dois tipos de pressão: a interna, que resulta das mudanças relativas ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas, e a externa, relacionada com as exigências de adaptação dos membros às instituições sociais que têm influência sobre eles. Estas duas pressões foram identificadas por Minuchi (1979, citado por Marques, 2005) como «fontes de stress», classificando-as em quatro tipos. **A primeira** refere-se ao contacto de um membro da família com uma fonte de stress extrafamiliar, que ocorre quando um dos elementos se encontra sob stress, os outros membros sentem a mesma pressão.

A segunda é o contacto de toda a família com uma fonte de stress extrafamiliar, revela que para a família se apoiar é fundamental reestruturar o seu padrão de funcionamento.

A terceira fonte de stress é relativa aos períodos de transição do ciclo vital da família, isto é, por exemplo o nascimento de uma criança, separação/divórcio ou a morte de um progenitor idoso obrigam à negociação de novas regras familiares.

Por último, **a quarta**, o stress provocado por problemas particulares, que diz respeito aos acontecimentos imprevistos que podem afetar a organização do sistema familiar, como o surgimento de uma doença crónica, prolongada e incurável.

O funcionamento familiar e as alterações de papéis constituem as maiores fontes de stress que emergem, principalmente, com a existência de uma doença na família (Marques, 2005).

Segundo Stroebe et al. (1999, citado por Santos, 2008), o stress pode afetar a saúde através das alterações fisiológicas e/ou através do comportamento do indivíduo.

3.3 Sobrecarga social

A sobrecarga social refere-se às mudanças no estilo de vida, que reduzem, modificam e geram insatisfações na vida social dos cuidadores familiares. Neste sentido, o cuidador sofre um isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais e habituais (Marques, 2005).

A diminuição da participação dos indivíduos em atividades sociais é frequente, conduzindo a um efeito negativo, dado que, o tempo livre anteriormente dedicado a atividades de lazer foi substituído pela prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência que acaba por exigir muito tempo e dedicação (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, todas as relações sociais acabam por ser fragilizadas, perdendo, assim, um apoio social que posteriormente será fundamental (Sousa, 2011).

Também, é possível constatar que emergem situações de conflitos quando o cuidador é casado e possui filhos a cargo. Na maioria das vezes, o casal e os filhos deixam de ter tempo para si, resultando em conflitos e, conseqüentemente, numa deterioração das relações familiares (Imaginário, 2008).

Esta rutura familiar ocorre, geralmente quando o idoso dependente passa a coabitar com o cuidador e a sua família. Esta alteração poderá provocar conflitos familiares dado que os restantes membros são, igualmente, afetados pela situação.

As questões profissionais, também, influenciam os níveis de sobrecarga social, dado existir muitos cuidadores familiares que mantêm uma atividade profissional fora de casa em simultâneo com a prestação de cuidados, surgindo o dilema: trabalhar ou cuidar?

Para Medeiros (2000, citado por Santos, 2008) as dificuldades a nível económico são mais visíveis e significativas quando se trata de famílias com baixos recursos.

Se o cuidador familiar tiver a possibilidade de exercer atividades fora de casa pode ser saudável, dado que visa proporcionar interação social e oportunidades de descanso das atividades com a pessoa idosa, diminuindo, assim problemas como o isolamento, a angústia, a frustração ou a depressão.

Em consequência das funções que desempenham, os cuidadores podem desencadear quadros de exaustão em resultado da escassez de informação e de apoio por parte das redes sociais, de saúde e familiares, inexistência de recursos económicos, capacidade reflexiva, condições habitacionais, competências pessoais e por fim experiências de vida (Brito, 2000 citado por Pereira, 2018).

Um estudo realizado no continente Australiano em 2009 refere que os cuidadores informais tinham coletivamente o menor nível de bem-estar de qualquer grupo e, em comparação com a população em geral, apresentavam um nível significativamente maior de depressão, eram mais propensos a sofrer dores físicas e mais propensos a sofrer de stress financeiro (Ranmuthugala, Nepal, & Brown, 2009).

PARTE II– Estudo Empírico

4 – Metodologia

A metodologia, denomina-se por desenho de investigação, plano e estratégia de investigação com vista a obter uma resposta válida às questões de investigação. A principal finalidade desta fase é controlar as fontes de enviesamento que poderão interferir com os resultados do estudo (Fortin, 2003 citado por Machado, 2012).

Nesta fase, determina-se os elementos de investigação, tais como o tipo de estudo, meio, população, a amostra e os instrumentos de colheita de dados, que devem ser fiéis e válidos, para assegurar a qualidade dos resultados a obter.

4.1 Justificação da problemática

A Região de Lafões apresenta grande dispersão geográfica, aldeias isoladas com população muito envelhecida e baixos recursos socioeconómicos.

O aumento do número de idosos dependentes de cuidados, e a escassez de resposta sociais, leva a que sejam os familiares a assumir o papel de cuidadores, de forma natural e espontânea. Os índices de envelhecimento e de dependência de idosos têm vindo a crescer progressivamente. Inversamente, o índice de dependência de jovens tem vindo a diminuir. O índice de dependência de idosos na região de Lafões, apresenta valores superiores aos da ARS Centro e Continente (Pordata, 2021).

Vários estudos desenvolvidos, demonstraram que a existência de apoios formais e informais, na tarefa de cuidar, conduzem a maior confiança, conforto, segurança e satisfação no cuidado prestado permitindo manter por mais tempo o idoso no domicílio junto da sua família. Neste sentido, cada vez mais as políticas de saúde se focam em privilegiar o domicílio como o local ideal para prevenção, manutenção e promoção da saúde (Barreiros, 2019).

Ser familiar e simultaneamente cuidador de um idoso dependente é uma situação complexa, com grande desgaste físico e emocional. Muitas vezes compromete as relações sociais e familiares, a disponibilidade financeira, o desempenho profissional e muitos outros aspetos da vida pessoal e familiar do cuidador, conduzindo ao aumento dos níveis de stress e sobrecarga. Sabemos a importância que estes cuidadores assumem na sociedade e particularmente na região de Lafões, mantendo os idosos dependentes no seio familiar contribuindo deste modo para a melhoria da sua qualidade de vida. Assim, é fundamental determinar as variáveis que vão influenciar o seu bem

estar para intervir, sempre que possível, reduzindo os fatores agravantes da sobrecarga do familiar cuidador, melhorando a sua saúde física e mental.

4.2 Objetivos do estudo

“O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chaves, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003 citado por Machado,2012).

Com a finalidade de avaliar a sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes na região de Lafões, foram delineados os seguintes objetivos:

- avaliar os níveis de sobrecarga total (objetiva e subjetiva) dos familiares cuidadores de idosos dependentes;
- analisar a relação entre variáveis (sociodemográficas, psicossociais e familiares, habitacionais e clínicas) e a sobrecarga do familiar cuidador.

4.3 Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2003) citado por Machado (2012), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças.

As variáveis determinam o fenómeno a ser investigado. Podem ser considerados dois tipos de variáveis: **independentes**, aquelas que influenciam ou determinam outra variável e **dependentes** aquelas que resultam da influência das variáveis independentes.

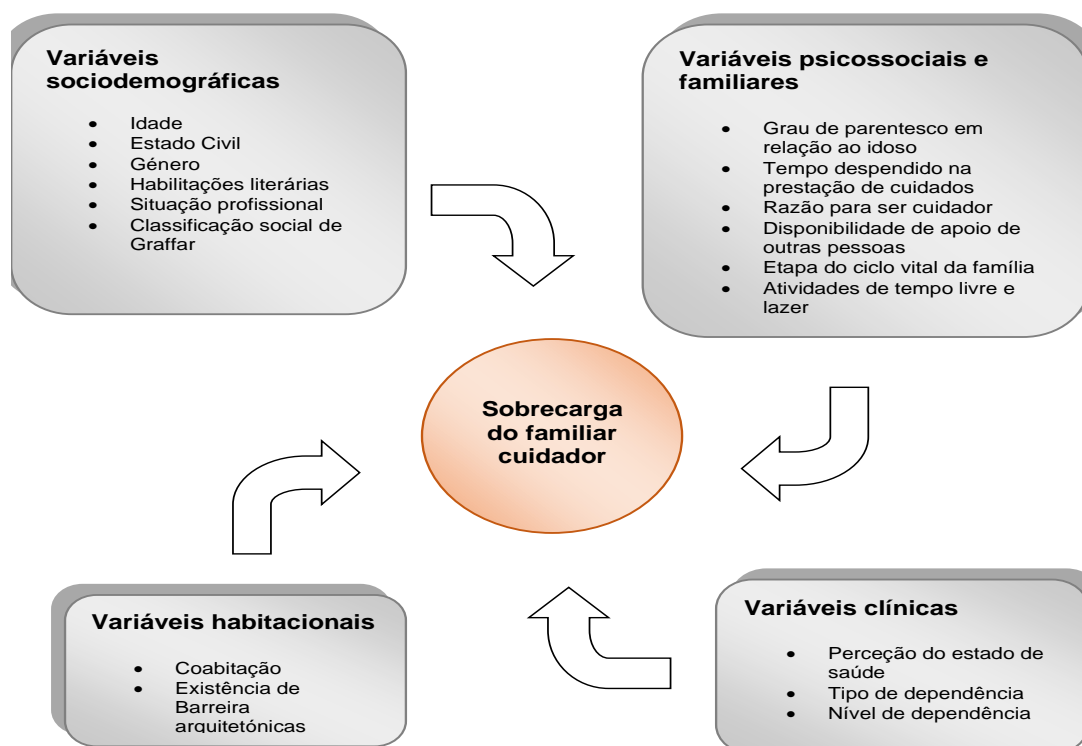


Figura 5 – Representação esquemática das variáveis em estudo

Neste estudo de investigação consideramos **variáveis independentes**, as variáveis que se enquadram no contexto sociodemográfico (Idade; Estado Civil; Género; Habilitações literárias; Situação profissional e Nível socioeconómico), psicossocial e familiar (Grau de parentesco em relação ao idoso; Tempo despendido na prestação de cuidados; Razão para ser cuidador; Disponibilidade de apoio de outras pessoas; Etapa do ciclo vital da família; Atividades de tempo livre e lazer), habitacional (Coabitação; Existência de barreiras arquitetónicas) e clínico (Perceção do estado de saúde; Tipo de dependência; Nível de dependência). A **variável dependente** é a sobrecarga do familiar cuidador, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, na região de Lafões.

4.4 Tipo de estudo

Face à problemática em estudo e objetivos delineados, optou-se por um estudo do tipo quantitativo, transversal, descritivo. Através deste, analisamos a relação entre variáveis independentes e a sobrecarga do familiar cuidador.

É quantitativo, uma vez que recorre a dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações (Fortin, 2009). O interesse do investigador, neste tipo de abordagem, visa assumir uma atitude científica, distanciada e neutra, no sentido de comprovar estatisticamente os objetivos do estudo (Coutinho, 2013). A investigação quantitativa adota um desenho transversal, dado que visa medir a frequência de um fenómeno numa população num dado momento, neste caso entre julho e agosto de 2021 (Fortin, 2009). Trata-se de uma investigação descritiva pois visa esclarecer, identificar, registar e analisar as características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenómeno ou processo (Fortin, 2009). O objetivo é observar, registar e analisar os fenómenos ou sistemas técnicos sem interferir com o conteúdo (Perovano, 2014).

4.5 Participantes

Raramente existe a possibilidade de estudar a população-alvo na totalidade, pelo que se deve estudar a população acessível, considerando-se esta como uma porção da população (Fortin, 2009).

A amostra é constituída por cuidadores familiares de idosos dependentes sinalizados pelas equipas de saúde familiar dos concelhos de Oliveira de Frades, São Pedro do Sul e Vouzela.

Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos de idade, ser familiar e simultaneamente cuidador, residir na região de Lafões (concelhos de Oliveira de Frades, São Pedro do Sul e Vouzela), a pessoa cuidada ser idoso dependente e aceitar participar no estudo.

Foram sinalizados 42 cuidadores, em que 10 não cumpriram os critérios de inclusão (3 recusaram participar no estudo, 5 cuidadores não eram familiares do idoso dependente e 2 cuidavam de familiar com dependência não idoso), ficando a amostra constituída por 32 familiares cuidadores.

4.6 Instrumento de colheita de dados

Para efetuar a escolha de um método de colheita de dados, é necessário procurar um instrumento de medida adequado as definições conceituais das variáveis em estudo (Fortin, 2009).

Este estudo centra-se nos familiares cuidadores, no entanto, é fundamental, a abordagem ao idoso dependente que carece de cuidados informais.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes. A primeira possibilita realizar a caracterização do idoso dependente e a segunda permite fazer a caracterização do familiar cuidador. (Anexo V)

Caracterização do idoso dependente

As questões dão informações relativas à idade, género, habilitações literárias; estado civil e causa da dependência.

Escala de Barthel.

Esta escala foi proposta por Mahoney e Barthel, em 1965, modificada por Carl Granger em 1979, traduzida e validada para a população portuguesa por Paula A. T. Lima em 1995. A versão portuguesa mede o grau de dependência funcional do indivíduo nas AVDs. (Anexo VI)

É composta por 10 categorias de AVDs: Higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controle da bexiga, controle de intestino, deambulação ou cadeira de rodas e transferência cadeira/cama. Os diferentes graus de dependência são avaliados através de uma escala tipo Likert, com cinco posições pontuadas de 1 a 5 o que corresponde à máxima dependência até à independência, respetivamente. O resultado varia de 0 a 100 no grau de independência na realização de diferentes funções e avalia o grau de assistência necessária nas atividades.

A aplicação da Escala de Barthel permite avaliar o grau de dependência dos idosos nas atividades básicas da vida diária. Cada item mede o grau de assistência considerando três níveis, independência, ajuda (substancial, moderada e mínima) e dependência.

Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação com alto grau de fiabilidade com capacidade para detetar alterações funcionais.

A cotação atribuída nas várias categorias, consoante o nível de dependência está patente no quadro 1.

Quadro 1 – Pontuação do Índice de Barthel Modificado

AVD	Incapaz de realizar tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer ajuda mínima	Totalmente independente
Higiene pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle da bexiga	0	2	5	8	10
Controle de intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Fonte: Lima, P. (1995), Escala de Barthel modificada

A soma de todos os pontos resulta na seguinte interpretação:

0-25 = dependência total;

26 a 50 = dependência severa;

51 a 75 = dependência moderada;

76 a 99 = dependência leve

100 = totalmente independente.

Caracterização do familiar cuidador

Para esta caracterização utilizaram-se questões e escalas.

As questões visam obter informações sobre o género; idade; estado civil; habilitações literárias; situação profissional; grau de parentesco em relação ao idoso; duração dos cuidados, horas diárias de prestação de cuidados; remuneração do trabalho de cuidador; a existência de apoio de outras pessoas; etapa do ciclo vital em que se encontra a família; a coabitação; a existência de barreira arquitetónicas; percepção da sua saúde física e mental e realização de atividades de lazer.

Foram utilizadas duas escalas: Classificação Social de Graffar. (Anexo VII) e Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo VIII).

Classificação Social de Graffar

Esta escala permite a determinação do nível socioeconómico do familiar cuidador. A Classificação Social de Graffar, embora definida como um dado de caracterização, a categoria classe social, pela análise específica de cada um dos itens da escala utilizada, e face aos resultados obtidos induz a uma avaliação particular no âmbito das áreas de atenção Rendimento Familiar e Edifício Residencial (Figueiredo, 2012).

A Classificação Social de Graffar, é uma classificação internacional, estabelecida em Bruxelas (1956), adaptada por Fausto Amaro (1990). É uma escala que consta de cinco critérios (profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto no alojamento e aspeto do bairro habitado), descritos em condições correspondentes a graus ordenados das melhores para as piores condições.

A classificação social resulta da soma de pontos de todos os itens. O total de pontos obtidos dá-nos uma correspondência com a classe social predefinida.

Classe I = classe alta (5-9 pontos);

Classe II = classe média alta (10-13 pontos);

Classe III= classe média (14 -17 pontos);

Classe IV= classe baixa (18-21 pontos)

Classe V = Classe desfavorecida (22-25 pontos).

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), foi adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira, em 2010. Contêm 22 itens e permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva bem como os efeitos negativos desta nas áreas distintas da vida: social, pessoal, situação financeira, situação emocional, tipo de relacionamento.

Cada pergunta é pontuada de 1 a 5 e avaliada segundo uma escala tipo Likert com cinco respostas possíveis:

- 1-nunca,
- 2- quase nunca,
- 3-às vezes,
- 4-muitas vezes,
- 5-quase sempre.

A pontuação global varia entre 22 e 110 pontos.

A maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, sendo que:

- < 46 - sem sobrecarga,
- 46 - 56 - sobrecarga ligeira
- > 56 - sobrecarga intensa.

A adaptação e validação da escala à população portuguesa revelou uma boa consistência interna, (alfa de Cronbach de 0,93) e é sugerido que a escala apresenta um carácter multidimensional do conceito de sobrecarga. Pela análise fatorial foram identificados quatro fatores:

- Fator 1** – “Impacto da prestação de cuidados”;
- Fator 2** – “Relação interpessoal”;
- Fator 3** – “Expectativas com o cuidar”;
- Fator 4** – “Perceção de autoeficácia”.

Estes quatro fatores explicam uma variância total de 62%. Os dois primeiros fatores (1 e 2) estão direcionados para a sobrecarga objetiva e os dois últimos (3 e 4) para a sobrecarga subjetiva, de modo similar ao apresentado por outros estudos, que

também atribuem um caráter multidimensional ao conceito de sobrecarga (Sequeira, 2010).

O fator, denominado “impacto da prestação de cuidados” (IPC), engloba os itens relativos à sobrecarga do cuidador relacionados com a prestação de cuidados diretos, é constituído por onze itens. O segundo fator, denominado “relação interpessoal” (RI), engloba os itens relativos à relação entre o cuidador familiar e o familiar alvo de cuidados, é constituído por cinco itens. O terceiro fator, denominado “expectativas face ao cuidar” (EC), engloba quatro itens relacionados com as expectativas do cuidador familiar face aos cuidados que presta e é constituído por quatro itens. O quarto fator intitulado, “perceção de autoeficácia” (PA), refere-se à opinião do cuidador face ao seu desempenho, é constituído por dois itens (cf. Quadro 2).

Os fatores IPC e RI estão relacionados com a sobrecarga objetiva e os fatores EC e PA estão relacionados com a sobrecarga subjetiva (Sequeira, 2010).

Quadro 2– Categorias da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

Sobrecarga	Categorias	Questão	Nº Itens
Objetiva	Impacto da prestação de cuidados (IPC)	1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22	11
	Relação interpessoal (RI)	4,5,16,18 e 19	5
Subjetiva	Expectativas face ao cuidar (EC)	7,8,14 e 15	4
	Perceção da autoeficácia (PA)	20 e 21	2

Fonte: Sequeira (2010, p.232)

4.7 Procedimentos éticos e formais

Qualquer investigação efetuada junto a seres humanos levanta questões morais e éticas. Neste sentido, é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. (Fortin, 2009)

É fundamental que a investigação assente em princípios éticos, respeitando e protegendo o direito e a liberdade das pessoas inquiridas no estudo.

Todos os princípios éticos ao nível do anonimato e confidencialidade, explicação do estudo e consentimento informado, participação voluntária e confidencialidade dos

dados obtidos, foram considerados e respeitados no decurso de todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Toda a nossa conduta foi pautada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

O presente estudo cumpriu todos os requisitos legais para a sua utilização, assim como todos os direitos foram respeitados.

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo, incluiu escalas validadas em Portugal que permitem analisar as variáveis em estudo.

Solicitamos autorização ao Professor Doutor Carlos Sequeira, docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto, para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no nosso estudo. (Anexo II)

O estudo teve autorização ao Diretor Executivo do ACeS Dão Lafões (Anexo III) e parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro. (Anexo IV)

Solicitamos às equipas de família dos Concelhos de Oliveira de Frades, São Pedro do Sul e Vouzela que referenciassem idosos dependentes cuidados por familiares, nas respetivas áreas de atuação. Foram posteriormente contactados pelas autoras do estudo para avaliação dos critérios de inclusão e disponibilidade para participação no estudo. A colheita de dados decorreu nos meses de julho e agosto de 2021. Todos os participantes do estudo assinaram o consentimento livre e esclarecido, estando informados do anonimato e confidencialidade das informações recolhidas. (Anexo I)

4.8 Tratamento estatístico

“O tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas (...). A escolha (...) depende, em grande parte, da função que as variáveis preenchem numa investigação (...)” (Fortin,2009).

Para o processamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0, para o sistema operativo Windows.

Após a introdução dos dados, efetuou-se a análise exploratória/descritiva com recurso ao cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis qualitativas que permitem caracterizar os cuidadores familiares, os idosos dependentes e a sobrecarga dos cuidadores familiares.

Recorreu-se, também, ao cálculo das médias, mínimo, máximo e desvio padrão das variáveis quantitativas.

Para a análise inferencial foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente Teste U de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. A utilização destes testes prende-se com o facto da amostra ser pequena (32 elementos), sendo que nos cruzamentos, algum dos sub-grupos (sub-amostras) terão sempre menos de 30 elementos, o que impossibilita a utilização de testes paramétricos.

Foi utilizada a probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 25, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – significativo
- ◆ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ – altamente significativo

5. Apresentação dos resultados

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Baseado nos objetivos delineados para este estudo, organizámos este capítulo em duas partes: a análise descritiva, na qual procedemos à caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes e dos familiares cuidadores, assim como a análise dos níveis de sobrecarga.

Após a análise descritiva, segue-se a análise inferencial, através da qual pretendemos descrever as relações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente.

A apresentação dos dados encontra-se ilustrada por tabelas, precedidas pela respetiva análise dos resultados.

5.1 Análise descritiva

A apresentação dos resultados será feita pela ordem de apresentação do questionário.

Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos dependentes

Dos 32 idosos dependentes, 12 idosos eram do género masculino (37,5%) e 20 do género feminino (62,5%). Analisando os coeficientes de variação, constatamos uma dispersão baixa dos dados em torno da média, para ambos os géneros e no total.

A idade dos idosos oscila entre os 70 anos e os 102 anos, sendo que o mais novo é do género masculino e o mais velho do género feminino.

Os idosos têm uma idade média de 84,03 anos, sendo as idosas mais velhas que os idosos (85,80 anos vs 81,08 anos) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos idosos segundo género

Género	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	70	93	81,08	7,94	9,79	0,640	-1,135
Feminino	72	102	85,80	7,29	8,50	0,971	1,047
Total	70	102	84,03	7,76	9,23	0,744	2,627

Em relação ao grupo etário, a maior percentagem (46,9%) recai nos idosos que têm entre 81 e 90 anos. O mesmo se passa no grupo das mulheres com 65,0%. Já nos homens, domina o grupo etário inferior ou igual a 80 anos com 58,3%. Entre o grupo etário e o género encontramos diferenças significativas ($X^2=7,344$; $p=0,025$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Relativamente às habilitações literárias, 40,6% dos idosos sabem ler e escrever, o mesmo acontece no género masculino (50%) e no feminino (35,0%). É de realçar que 21,9% dos idosos não estudou, com uma representatividade de 30,0% para o género feminino e 8,3% para o masculino. Entre as habilitações literárias e o género, não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=3,892$; $p=0,565$) (cf. tabela 2).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos são casados ou em União com 59,4%. Distribuição semelhante se passa por género. Dos idosos viúvos 40,0% são do género feminino. Entre o estado civil e o género não encontramos diferenças significativas ($X^2=4,797$; $p=0,091$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Relativamente ao tipo de dependência, a maioria dos idosos (87,5%) apresenta dependência física sendo semelhante para ambos os géneros. Entre o tipo de dependência e o género não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=0,305$; $p=0,581$) (cf. tabela 2).

Analisando o nível de dependência (escala de Barthel), a maioria possui dependência total (62,5%), seguida da dependência severa (28,1%). Distribuição semelhante se passa por género. Entre o nível de dependência e o género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=4,883$; $p=0,181$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos em função do gênero

Gênero Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (12)	% (37,5)	Nº (20)	% (62,5)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Idade								
≤80 anos	7	58,3	4	20,0	11	34,4	2,2	-2,2
81-90 anos	2	16,7	13	65,0	15	46,9	-2,7	2,7
>90 anos	3	25,0	3	15,0	6	18,8	0,7	-0,7
Habilitações literárias								
Não estudou	1	8,3	6	30,0	7	21,9	-1,4	1,4
Sabe ler/Escrever	6	50,0	7	35,0	13	40,6	0,8	-0,8
1º ciclo	3	25,0	3	15,0	6	18,8	0,7	-0,7
2º ciclo	---	0,0	2	10,0	2	6,2	-1,1	1,1
3º ciclo	1	8,3	1	5,0	2	6,2	0,4	-0,4
Secundário	1	8,3	1	5,0	2	6,2	0,4	-0,4
Estado civil								
Casado/União	10	83,3	9	45,0	19	59,4	2,1	-2,1
Solteiro	1	8,3	3	15,0	4	12,5	-0,6	0,6
Viúvo	1	8,3	8	40,0	9	28,1	-1,9	1,9
Tipo de dependência								
Física	10	83,3	18	90,0	28	87,5	-0,6	0,6
Cognitiva	2	16,7	2	10,0	4	12,5	0,6	-0,6
Dependência (Barthel)								
Dependência leve	---	0,0	1	5,0	1	3,1	-0,8	0,8
Dependência moderada	2	16,7	---	0,0	2	6,2	1,9	-1,9
Dependência severa	2	16,7	7	35,0	9	28,1	-1,1	1,1
Dependência total	8	66,7	12	60,0	20	62,5	0,4	-0,4

Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Em termos globais, as estatísticas revelam que os familiares cuidadores apresentam uma idade mínima de 21 anos e uma máxima de 84 anos, ao que corresponde uma idade média de 61,13 anos com um desvio padrão de 12,78 anos.

Em função do gênero, constatamos que em média, os cuidadores masculinos são mais velhos que os cuidadores femininos (63,00 anos \pm 7,31 anos vs 60,50 anos \pm 14,22 anos).

Pelos valores dos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão moderada dos dados em torno da média, para o gênero feminino e total e uma dispersão baixa para o gênero masculino (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas à idade dos familiares cuidadores segundo género

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	55	78	63,00	7,31	11,60	1,735	1,265
Feminino	21	84	60,50	14,22	23,50	-1,619	1,225
Total	21	84	61,13	12,78	20,91	-2,000	2,280

Em relação ao grupo etário, a maior percentagem (46,9%) recai nos familiares cuidadores com idade superior a 65 anos e o mesmo se passa no grupo das mulheres com 50,0%. Já nos homens cuidadores, domina o grupo etário dos 51-65 anos com 62,5%. Entre o grupo etário e género não encontramos diferenças significativas ($X^2=3,644$; $p=0,303$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 4).

No que se refere ao estado civil, a maioria (65,6%) dos familiares cuidadores têm companheiro, o mesmo acontece quando analisamos por género. Entre o estado civil e o género não encontramos diferenças significativas ($X^2=0,046$; $p=0,830$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 4).

Em relação às habilitações literárias, 21,9% dos familiares cuidadores possuem o 2º e 3º ciclo de escolaridade respetivamente. Dos familiares cuidadores do género masculino, (50,0%) tem o 2º ciclo de escolaridade, em relação aos familiares cuidadores do género feminino, (25,8%) possui o 3º ciclo, seguido do 1º ciclo (20,85%). Entre as habilitações literárias e o género e não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=6,286$; $p=0,392$) (cf. tabela 4).

Relativamente à situação profissional, a maioria dos elementos são reformados (43,8%) logo seguido da situação de empregado (31,2%). No género masculino predomina a situação profissional de empregado (62,5%), no género feminino 45,8%, encontra-se reformado, seguido da situação profissional de empregado e doméstica com 20,8%. Entre a situação profissional e o género e não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=6,095$; $p=0,107$) (cf. tabela 4).

Relativamente ao nível socioeconómico, através da aplicação da Escala de Graffar aos familiares cuidadores, a maioria dos entrevistados enquadram-se na classe média (40,6%), seguido da baixa (37,5%).

Fazendo uma análise por género, verificamos que 37,5% dos familiares cuidadores do género masculino pertencem às classes média alta/média contrapondo com 41,7% dos familiares cuidadores do género feminino que pertencem as classes média/baixa. Entre o nível socioeconómico e o género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=2,803$; $p=0,423$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 4).

Tabela 4- Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Idade								
≤35 anos	---	0,0	1	4,2	1	3,1	-0,6	0,6
36-50 anos	---	0,0	4	16,7	4	12,5	-1,2	1,2
51-65 anos	5	62,5	7	29,2	12	37,5	1,7	-1,7
>65 anos	3	37,5	12	50,0	15	46,9	-0,6	0,6
Estado civil								
Com companheiro	5	62,5	16	66,7	21	65,6	-0,2	0,2
Sem companheiro	3	37,5	8	33,3	11	34,4	0,2	-0,2
Habilitações literárias								
Não estudou	---	0,0	1	4,2	1	3,1	-0,6	0,6
Sabe ler/Escriver	---	0,0	4	16,7	4	12,5	-1,2	1,2
1º ciclo	1	12,5	5	20,8	6	18,8	-0,5	0,5
2º ciclo	4	50,0	3	12,5	7	21,9	2,2	-2,2
3º ciclo	1	12,5	6	25,0	7	21,9	-0,7	0,7
Secundário	1	12,5	2	8,3	3	9,4	0,4	-0,4
Superior	1	12,5	3	12,5	4	12,5	0,0	0,0
Situação profissional								
Empregado	5	62,5	5	20,8	10	31,2	2,2	-2,2
Desempregado	---	0,0	3	12,5	3	9,4	-1,1	1,1
Doméstica	---	0,0	5	20,8	5	15,6	-1,4	1,4
Reformado	3	37,5	11	45,8	14	43,8	-0,4	0,4
Nível socioeconómico								
Média-alta	3	37,5	3	12,5	6	18,8	1,6	-1,6
Média	3	37,5	10	41,7	13	40,6	-0,2	0,2
Baixa	2	25,0	10	41,7	12	37,5	-0,8	0,8
Desfavorecida	---	0,0	1	4,2	1	3,1	-0,6	0,6

Caraterização psicossocial e familiar dos familiares cuidadores

No que se refere ao grau de parentesco, metade dos elementos são filhos/Nora/Genro, seguindo-se o cônjuge com (28,1%). Distribuição semelhante se passa por género, 75,0% dos familiares cuidadores do género masculino e 45,8% dos familiares cuidadores do género feminino, são filho/nora/genro. Em relação ao género feminino (33,3%) tem uma relação marido/mulher. Entre o estado civil e o género não encontramos diferenças significativas ($X^2=2,688$; $p=0,261$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 5).

Relativamente ao tempo de exercício da atividade de cuidador, a maioria dos cuidadores fazem-no há mais de 3 anos com (53,1%), seguido dos que realizam esta atividade há menos de 1 ano (18,8%). Distribuição semelhante se passa por género onde observamos que 62,5% dos cuidadores do género masculino e 50,0% do género feminino, desempenham esta atividade há mais de 3 anos. Entre o tempo de exercício da atividade de cuidador e o género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,799$; $p=0,615$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 5).

Em relação às horas diárias de cuidado, a maioria dos familiares cuidadores (59,4%), fazem-no por um período superior a 12 horas por dia, seguido de (16,6%) que ocupa entre 4 e 8 horas por dia. Fazendo a análise por género, verificamos que 66,7% dos familiares cuidadores do género feminino e 37,5 % dos familiares cuidadores do género masculino, ocupam mais de 12 horas diárias para cuidar. Entre as horas de cuidados diários e o género e não encontramos diferenças significativas ($X^2=2,793$; $p=0,425$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 5).

A quase totalidade dos familiares cuidadores (93,8%) referem não ser um trabalho remunerado, em que 100,0% são familiares cuidadores do género masculino. Apenas 62%, referem receber remuneração para cuidar do idoso. Entre a remuneração auferida e o género não encontramos diferenças significativas ($X^2=0,711$; $p=0,399$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 5).

Relativamente às razões que o levaram o familiar a ser cuidador, a maioria dos inquiridos referem o gosto e a preocupação com o familiar idoso (53,1%), seguindo-se o motivo relacionado com o parentesco com (25,0 %) e por fim o facto de não haver mais ninguém para prestar os cuidados com (21,9%). Distribuição semelhante se passa por género, 75,0% dos familiares cuidadores do género masculino e 45,8% do género feminino, referem que cuidam porque gostam do idoso e se preocupam com ele. Entre

as razões que o levaram a ser cuidador e o género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=2,056$; $p=0,358$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. (cf. tabela 5).

Face à existência ou não de apoios de terceiros, a maioria dos elementos responderam afirmativamente com 79,2%. Entre a existência de apoio de terceiros para cuidar do idoso e o género não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=1,975$; $p=0,160$). Ainda no que se refere ao apoio de terceiros, a maioria do apoio citado, vem dos cônjuges e dos irmãos (cf. tabela 5).

Tabela 5- Caracterização das variáveis psicossociais e familiares do familiar cuidador, em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Parentesco								
Marido/Mulher	1	12,5	8	33,3	9	28,1	-1,1	1,1
Filho/Nora/Genro	6	75,0	10	41,7	16	50,0	1,6	-1,6
Outro	1	12,5	6	25,0	7	21,9	-0,7	0,7
Tempo de cuidador								
<1 ano	2	25,0	4	16,7	6	18,8	0,5	-0,5
1 a 2 anos	1	12,5	4	16,7	5	15,6	-0,3	0,3
2 a 3 anos	---	0,0	4	16,7	4	12,5	-1,2	1,2
>3 anos	5	62,5	12	50,0	17	53,1	0,6	-0,6
Horas de cuidados								
1 a 3 horas	1	12,5	3	12,5	4	12,5	0,0	0,0
4 a 8 horas	2	25,0	3	12,5	5	15,6	0,8	-0,8
8 a 12 horas	2	25,0	2	8,3	4	12,5	1,2	-1,2
>12 horas	3	37,5	16	66,7	19	59,4	-1,5	1,5
Trabalho remunerado								
Sim	---	0,0	2	8,3	2	6,2	-0,8	0,8
Não	8	100,0	22	91,7	30	93,8	0,8	-0,8
Razões para cuidar								
Meu familiar	1	12,5	7	29,2	8	25,0	-0,9	0,9
Não há mais ninguém	1	12,5	6	25,0	7	21,9	-0,7	0,7
Gosto e preocupação	6	75,0	11	45,8	17	53,1	1,4	-1,4
Apoio de terceiros								
Sim	8	100,0	19	79,2	27	84,4	1,4	-1,4
Não	---	0,0	5	20,8	5	15,6	-1,4	1,4

Em relação à etapa do ciclo de vida da família, a maioria dos familiares cuidadores pertencem a famílias no fim de vida (53,1%), seguindo-se a etapa com filhos

a sair de casa com (21,9%). Distribuição semelhante se passa por género, 37,5% dos familiares cuidadores do género masculino pertencem a famílias em fim de vida e a famílias com filhos a sair de casa, 58,3% dos familiares cuidadores do género feminino encontram-se inseridos em famílias em fim de vida e 16,7% na etapa com filhos a sair de casa. Entre a etapa do ciclo vital da família e o género não encontramos diferenças significativas ($X^2=3,281$; $p=0,512$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 6).

Tabela 6- Caracterização da etapa do ciclo vital da família em função do género

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
A sair de casa	2	25,0	3	12,5	5	15,6	0,8	-0,8
Com filhos pequenos	---	0,0	2	8,3	2	6,2	-0,8	0,8
Com adolescentes	---	0,0	1	4,2	1	3,1	-0,6	0,6
Filhos a sair de casa	3	37,5	4	16,7	7	21,9	1,2	-1,2
Família em fim de vida	3	37,5	14	58,3	17	53,1	-1,0	1,0

Caraterização habitacional e clínica dos familiares cuidadores

Em relação à existência de barreiras arquitetónicas na habitação onde são prestados os cuidados aos idosos, a maioria dos familiares cuidadores responderam afirmativamente (59,4%). O mesmo se passa em relação aos familiares cuidadores do género masculino e feminino (62,5% vs 58,3%). Entre a existência de barreiras arquitetónicas o género dos familiares cuidadores, não encontramos diferenças significativas ($X^2=0,043$; $p=0,835$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 7).

É ainda de salientar que as barreiras arquitetónicas mais referidas são a existência de escadas (18) e portas estreitas (1).

No que se refere à coabitação com o idoso, a maioria dos cuidadores responderam afirmativamente com (81,2%). Distribuição semelhante se passa por género. Entre o género e a coabitação não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=0,274$; $p=0,601$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 7).

Tabela 7- Caracterização das variáveis habitacionais do familiar cuidador em função do gênero

Gênero	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Existência de Barreiras arquitetônicas								
Sim	5	62,5	14	58,3	19	59,4	0,2	-0,2
Não	3	37,5	10	41,7	13	40,6	-0,2	0,2
Coabitação								
Sim	7	87,5	19	79,2	26	81,2	0,5	-0,5
Não	1	12,5	5	20,8	6	18,8	-0,5	0,5

Em relação à percepção do estado de saúde, os familiares cuidadores entrevistados consideram ter uma boa saúde (46,9%). Constatamos que 75,0% dos familiares cuidadores do gênero masculino consideram ter uma boa saúde e 25,0% consideram a sua saúde fraca. Os familiares cuidadores do gênero feminino, 46,9% consideram ter uma boa saúde, 29,2% fraca e 25,0% muito fraca. Entre o gênero e o estado de saúde, também não encontramos diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ($X^2=4,504$; $p=0,212$) (cf. tabela 8).

Tabela 8- Caracterização da percepção do estado de saúde dos familiares cuidadores em função do gênero

Gênero	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Percepção de saúde								
Muito boa	---	0,0	2	8,3	2	6,2	-0,8	0,8
Boa	6	75,0	9	37,5	15	46,9	1,8	-1,8
Fraca	2	25,0	7	29,2	9	28,1	-0,2	0,2
Muito fraca	---	0,0	6	25,0	6	18,8	-1,6	1,6

No que se refere à disponibilidade para realização de atividades de lazer, a maioria dos cuidadores responderam afirmativamente (56,2%). No entanto, observamos que 87,5% dos familiares cuidadores do gênero masculino referem ter disponibilidade

de tempo para realização de atividades de lazer e 12,5% refere não ter essa disponibilidade. No género feminino, 54,2% refere não ter disponibilidade de tempo para realização de atividades de lazer e 45,8% refere ter essa disponibilidade. Entre o género e as atividades de lazer encontramos diferenças significativas ($X^2=4,233$; $p=0,040$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 9). É de salientar que as caminhadas e o convívio com os amigos são as atividades de lazer mais referidas.

Quando se inquiriu sobre o facto de terem deixado de realizar alguma atividade de lazer por se tornarem cuidadores, a maioria respondeu que o facto de se tornarem cuidadores não impediu a realização das atividades de lazer (68,8%). Distribuição semelhante se passa por género, 87,5% dos familiares cuidadores do género masculino e 62,5% dos familiares cuidadores do género feminino responderam negativamente. Entre a condição de ter deixado de realizar atividades de lazer e o género não encontramos diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,745$; $p=0,186$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. (cf. tabela 9). Dos que deixaram de realizar atividades, salientamos as idas ao cabeleireiro e a saída com os amigos.

Tabela 9- Caracterização das atividades de lazer dos familiares cuidadores em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Atividades de lazer								
Sim	7	87,5	11	45,8	18	56,2	2,1	-2,1
Não	1	12,5	13	54,2	14	43,8	-2,1	2,1
Deixou atividades lazer								
Sim	1	12,5	9	37,5	10	31,2	-1,3	1,3
Não	7	87,5	15	62,5	22	68,8	1,3	-1,3

Caraterização do nível de sobrecarga do familiar cuidador

A sobrecarga de papéis tem trazido consequências na qualidade do cuidado ao idoso e na saúde do próprio cuidador, mostrando que o corpo humano transmite importantes sinais de falta de adaptação à nova tarefa. Como referido anteriormente, a avaliação de sobrecarga do cuidador é um fator relevante na qualidade do apoio prestado ao idoso dependente.

No que se refere às estatísticas da escala da sobrecarga em função do género, constatamos que em média, os cuidadores femininos apresentam uma sobrecarga intensa (62,79 pontos) revelando mais sobrecarga que os cuidadores masculinos, que apresentam 42,75 pontos, ou seja, sem sobrecarga.

Em termos globais, as estatísticas revelam que os familiares cuidadores apresentam uma sobrecarga mínima de 27 pontos e uma máxima de 91 pontos, ao que corresponde uma sobrecarga média de (57,78 pontos), o que significa sobrecarga intensa, com um desvio padrão de 16,46 pontos. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão moderada dos dados em torno da média, no género feminino e total e no género masculino uma dispersão elevada.

Em termos médios os níveis de sobrecarga dos familiares cuidadores da amostra em estudo, tem uma sobrecarga intensa (cf. tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas relativas à sobrecarga do familiar cuidador segundo o género

	Min	Max	M	D.p.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	27	67	42,75	14,34	33,54	0,597	3,298
Feminino	38	91	62,79	14,07	22,41	1,063	1,829
Total	27	91	57,78	16,46	28,49	0,295	7,223

No que se refere o nível de sobrecarga dos familiares cuidadores, a maioria apresenta sobrecarga intensa com (43,8%), sobrecarga ligeira (37,5%) e sem sobrecarga (18,8%). Constatamos que o nível de sobrecarga é muito diferente entre os familiares cuidadores do género masculino e os familiares cuidadores do género feminino. Nos familiares cuidadores do género masculino, 62,5% não apresenta sobrecarga, 25,0% apresenta sobrecarga ligeira e 12,5% apresenta um nível de sobrecarga elevada. Nos familiares cuidadores do género feminino, 54,2% apresenta um nível de sobrecarga elevada, 41,7% apresenta sobrecarga ligeira e 18,8% sem sobrecarga. Entre o nível de sobrecarga e o género e encontramos diferenças estatísticas bastante significativas ($X^2=13,714$; $p=0,001$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais (cf. tabela 11).

Tabela 11– Nível de sobrecarga dos familiares cuidadores em função do género

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (8)	% (25,0)	Nº (24)	% (75,0)	Nº (32)	% (100,0)	1	2
Sobrecarga								
Sem sobrecarga	5	62,5	1	4,2	6	18,8	3,7	-3,7
Sobrecarga ligeira	2	25,0	10	41,7	12	37,5	-0,8	0,8
Sobrecarga intensa	1	12,5	13	54,2	14	43,8	-2,1	2,1

A sobrecarga objetiva dos familiares cuidadores apresenta um valor mínimo de 17 e um máximo de 75 pontos, com um valor médio de 41,94. A média aproxima-se do ponto central que é 42.

Relativamente à sobrecarga subjetiva, apresenta um valor mínimo de 6 e um valor máximo de 25, com uma média de 14,06 e um desvio padrão de 5,16, com ponto central de 13. A média apresenta-se acima do ponto central, o que demonstra o grande impacto da sobrecarga subjetiva na sobrecarga total do familiar cuidador.

Analisando cada uma das quatro dimensões da ESC, observa-se que para o Impacto na prestação de Cuidados (IPC) a pontuação varia entre um valor mínimo de 12 e um máximo de 52 com uma média de 30,47. Média apresenta-se acima do ponto central com 30 pontos, o que que este fator tem impacto na sobrecarga dos familiares cuidadores.

A relação interpessoal (RI), cujos limites variam entre um valor mínimo de 5 e máximo de 23, apresenta um valor médio de 11,47. O valor médio apresenta-se abaixo do ponto central de 13, revelando pouco impacto na sobrecarga.

No fator de sobrecarga Expetativas face ao cuidar (EC), o valor mínimo foi 4 e o máximo 20, a média obtida foi de 12,00, o desvio padrão 3,95 e o ponto central de 12, revelando impacto na sobrecarga do familiar cuidador.

Para o último fator, perceção de autoeficácia, (PA), o valor mínimo de 2 e um máximo de 8, a média obtida nesta subcategoria foi de 5,06, um desvio padrão de 1,66 e o ponto central 3. O valor médio encontra-se acima do ponto central, revelando grande impacto na sobrecarga (cf. tabela 12).

Tabela 12– Distribuição dos familiares cuidadores pelos fatores de sobrecarga

	Min	Max	M	D.P.	Ponto central
Impacto da prestação de cuidados	12	52	30,47	10,47	30
Relação interpessoal	5	23	11,47	4,00	13
Sobrecarga Objetiva	17	75	41,94	13,54	42
Expectativas face ao cuidar	4	20	12,00	3,95	12
Perceção da autoeficácia	2	8	5,06	1,66	3
Sobrecarga Subjetiva	6	25	17,06	5,16	13
Sobrecarga Total	27	91	57,78	16,46	

Na quase totalidade dos itens relacionados com o fator Impacto da Prestação de Cuidados (IPC) que reflete a prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, os cuidadores evidenciam alguma sobrecarga objetiva, com uma média de respostas próximas do 3 (às vezes). A moda dos itens 2 e 3, permite identificar que muitos familiares cuidadores sentem que não têm tempo para si, demonstrando ansiedade por ainda ter que realizar outras tarefas do seu dia a dia, para além das tarefas diárias de cuidar do idoso dependente (cf. Tabela 13).

Tabela 13– Itens do fator de sobrecarga, impacto da prestação de cuidados

Nº	Itens	Min	Max	M	Moda	DP
1.	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	5	2,91	2	1,13
2.	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	1	5	2,78	3	1,11
3.	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	1	5	2,91	3	1,07
6.	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1	5	2,47	2	1,06
9.	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	5	2,66	2	1,34
10.	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	5	2,72	3	1,40
11.	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	5	2,84	3	1,25
12.	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	5	2,97	3	1,13
13.	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1	5	2,66	3	1,11
17.	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	5	2,66	3	1,02
22.	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	5	2,78	2	1,11

Analisando as respostas aos itens do fator Relação Interpessoal (RI) que avalia a relação entre o familiar cuidador e o idoso (vergonha, irritação, tensão), verificamos que nos itens “5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?” e “16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?” a maior frequência de respostas foi 3 (às vezes). Demonstrando algum peso na sobrecarga objetiva do familiar cuidador. (cf. Tabela 14).

Tabela 14– Itens do fator de sobrecarga, relação interpessoal

Nº	Itens	Min	Max	M	Moda	DP
4.	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1	4	2,06	1	1,14
5.	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1	5	2,19	3	1,13
16.	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	5	2,56	3	1,03
18.	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	5	2,19	2	0,98
19.	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	4	2,47	2	0,87

Em relação ao fator Expetativas Face ao Cuidar (EC) que reflete as expetativas relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar, observamos que os familiares cuidadores têm níveis elevados de sobrecarga com a média das respostas entre 3 (às vezes) e os 4 (muitas vezes). Os sentimentos de insegurança e incerteza em relação ao futuro estão patentes nos itens “7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?” e “8. Considera que o seu familiar está dependente de si?”, onde grande parte dos familiares cuidadores respondeu 5 (Quase sempre) (cf. Tabela 15).

Tabela 15– Itens do fator de sobrecarga, expetativas face ao cuidar

Nº	Itens	Min	Max	M	Moda	DP
7.	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	5	3,34	5	1,31
8.	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	5	3,41	5	1,27
14.	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	1	5	3,03	3	1,21
15.	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	1	5	2,47	2	1,09

Analisando os itens referentes ao fator Perceção da autoeficácia (PA) que reflete a perceção acerca do desempenho do seu papel, observamos que as médias dos dois itens se situam muito próximas do 3 (às vezes), como se verifica pela Moda destes 2 itens, o que demonstra sobrecarga para o familiar cuidador) (cf. Tabela 16).

Tabela 16– Itens do fator de sobrecarga, percepção da autoeficácia

Nº	Itens	Min	Max	M	Moda	DP
20.	Sente poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	4	2,44	3	0,79
21.	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	4	2,63	3	0,93

5.2 Análise inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos, iremos proceder à verificação da influência que as variáveis sociodemográficas, psicossociais, familiares, clínicas e habitacionais, exercem na sobrecarga do familiar cuidador.

Para testar as hipóteses, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

- Teste U de Mann Whitney. Teste não paramétrico alternativo ao Teste t de student para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas (Marôco, 2011). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2003).

- Teste de Kruskal-Wallis. Teste não paramétrico que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O Teste de Kruskal-Wallis pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2011).

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do idoso na sobrecarga do familiar cuidador

Através do teste de Mann-Whitney analisamos a relação entre o género e o tipo de dependência do idoso e os vários fatores de sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador.

Quanto ao género do idoso salientamos que ser homem significa valores de ordenação média superiores nos fatores da sobrecarga (IPC, EC; PA) bem como na sobrecarga objetiva (SO), subjetiva (SS) e na sobrecarga total do familiar cuidador.

Existem diferenças estatísticas significativas entre o género do idoso dependente e os fatores da sobrecarga EC ($U = 53,000$; $p = 0,008$), PA ($U = 59,500$;

$p=0,017$) e conseqüentemente na sobrecarga subjetiva ($U= 47,500$; $p=0,004$) (cf. Tabela 17).

Relativamente ao tipo de dependência do idoso constatamos que em todos os fatores da sobrecarga, sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva e sobrecarga total, as ordenações médias são superiores no idoso com dependência cognitiva. Não existem diferenças estatísticas significativas, ou seja, o tipo de dependência do idoso não interfere com a sobrecarga do familiar cuidador (cf. Tabela 17).

Tabela 17– Teste de Mann-Whitney entre o género e tipo de dependência do idoso com a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	S Obj.	S Subj.	Sobrecarga Total
	OM.	OM.	OM.	OM.	OM.	OM.	OM.
Género							
Masculino	18,13	16,25	22,08	21,54	18,04	22,54	19,92
Feminino	15,53	16,65	13,15	13,48	15,58	12,88	14,45
Mann-Whitney (U)	100,500	117,000	53,000	59,500	101,500	47,500	79,000
(p)	0,454	0,924	0,008**	0,017*	0,477	0,004**	0,116
Tipo de dependência							
Física	16,41	15,50	16,36	16,45	16,13	16,48	16,21
Cognitiva	17,13	23,50	17,50	16,88	19,13	16,63	18,50
Mann-Whitney (U)	53,500	28,000	52,000	54,500	45,500	55,500	48,000
(p)	0,891	0,120	0,848	0,934	0,564	0,978	0,680

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Aplicamos o teste de Kruskal-Wallis às variáveis idade e nível de dependência na sua relação com os fatores de sobrecarga que contribuem para a sobrecarga total do familiar cuidador.

No que respeita à idade do idoso podemos afirmar que o familiar cuidador apresenta maior sobrecarga nas dimensões EC (OM=18,27); PA (OM=17,55) e sobrecarga subjetiva (OM=18,32), quando o idoso a cuidar tem uma idade inferior ou igual a 80 anos. Na sobrecarga total do cuidador, o maior valor da ordenação média situa-se nos idosos do grupo etário 81-90 anos (OM=16,80).

Não se verificam diferenças significativas entre a idade do idoso e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador (cf. Tabela 18).

Quanto ao nível de dependência constatamos que existe maior sobrecarga (fatores e total) do familiar cuidador, quando o idoso cuidado apresenta um nível de dependência moderado.

Não existem diferenças estatísticas significativas entre o nível de dependência e a sobrecarga do familiar cuidador, ou seja, o nível de dependência do idoso não interfere com a sobrecarga do familiar cuidador (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	SO	SS	Sob..Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Idade							
≤80 anos	14,91	16,27	18,27	17,55	15,45	18,32	16,41
81-90 anos	17,30	16,70	15,90	15,73	17,03	15,73	16,80
>90 anos	17,42	16,42	14,75	16,50	17,08	15,08	15,92
Kruskal-Wallis (X²)	0,484	0,014	0,670	0,256	0,209	0,657	0,040
(p)	0,785	0,993	0,715	0,880	0,901	0,720	0,980
Dependência (Barthel)							
Leve	1,00	1,50	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Moderada	24,75	30,25	25,00	26,50	27,75	25,75	28,50
Severa	13,00	14,67	15,89	15,56	12,94	15,50	13,78
Total	18,03	16,70	16,60	16,65	17,75	16,75	17,30
Kruskal-Wallis (X²)	6,076	7,287	3,795	5,151	7,279	4,497	6,920
(p)	0,108	0,063	0,285	0,161	0,064	0,213	0,074

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas do familiar cuidador e a sobrecarga (fatores e total)

Através do teste de Mann-Whitney analisamos a relação entre o gênero do familiar cuidador e os fatores de sobrecarga e a sobrecarga total.

Os cuidadores do gênero feminino apresentam maior sobrecarga a nível de todos os fatores e na sobrecarga total, no entanto apenas o fator RI não apresenta diferenças estatisticamente significativas com o gênero do familiar cuidador (cf. Tabela 19).

Os familiares cuidadores que têm companheiro, apresentam maior sobrecarga a todos os níveis, contudo não há diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Teste de Mann-Whitney entre o gênero e o estado civil do familiar cuidador e a sobrecarga (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	S Obj.	S Subj.	Sob.Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Gênero							
Masculino	8,56	11,13	8,06	9,88	8,75	7,75	7,94
Feminino	19,15	18,29	19,31	18,71	19,08	19,42	19,35
Mann-Whitney (U)	32,500	53,000	28,500	43,000	34,000	26,000	27,500
(p)	0,004**	0,064	0,002**	0,020*	0,006**	0,001**	0,002**
Estado civil							
Com companheiro	16,90	16,52	16,71	17,10	16,98	16,98	17,02
Sem companheiro	15,73	16,45	16,09	15,36	15,59	15,59	15,50
Mann-Whitney (U)	107,000	115,000	111,000	103,000	105,500	105,500	104,500
(p)	0,755	1,000	0,876	0,639	0,696	0,696	0,667

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, para analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas do familiar cuidador e os fatores de sobrecarga e sobrecarga total.

No que respeita à idade do familiar cuidador podemos afirmar que apresenta maior sobrecarga nas dimensões EC (OM=23,00); PA (OM=29,00) e sobrecarga subjetiva (OM=25,00), quando tem uma idade inferior ou igual a 35 anos. Na dimensão IPC (OM=17,17) e sobrecarga total (OM=17,08), quando o familiar cuidador tem entre 51 e 65 anos e predomina a sobrecarga na dimensão RI (OM=17,70) e sobrecarga objetiva (OM=17,20) quando o familiar cuidador tem mais de 65 anos. Não se verificam diferenças significativas entre a idade do familiar cuidador e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador (cf. Tabela 20).

Quanto às habilitações literárias constatamos que existe maior sobrecarga (fatores e total) do familiar cuidador, nos familiares cuidadores que não estudaram, com exceção do fator PA, onde os familiares cuidadores com o 3º ciclo de escolaridade revelaram maior ordenação média. Não se verificam diferenças significativas entre as habilitações literárias do familiar cuidador e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador (cf. Tabela 20).

Em relação à situação profissional do familiar cuidador verificamos maior sobrecarga nos fatores RI (OM=21,33); PA (OM=24,00) e sobrecarga subjetiva

(OM=23,33) nos familiares cuidadores que se encontram desempregados. Nos fatores IPC (OM=24,20); EC (OM=22,90); sobrecarga objetiva (OM=22,70) e sobrecarga total (OM=23,8) apresentam maior sobrecarga os familiares cuidadores que desempenham a ocupação de domésticas. Não se verificam diferenças significativas entre a situação profissional do familiar cuidador e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total (cf. Tabela 20).

Os familiares cuidadores que pertencem à classe social desfavorecida apresentam maior sobrecarga a nível de todos os fatores e na sobrecarga total, no entanto apenas a sobrecarga subjetiva apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 8,088$; $p=0,044$) com a classe social do familiar cuidador (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas do familiar cuidador e a sobrecarga (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	S Obj.	S Subj.	Sob.Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Idade							
≤35 anos	5,00	5,50	23,00	29,00	5,00	25,00	11,50
36-50 anos	16,88	14,13	17,00	14,38	15,63	15,38	15,00
51-65 anos	17,17	16,71	16,38	15,46	16,88	16,21	17,08
>65 anos	16,63	17,70	16,03	17,07	17,20	16,47	16,77
Kruskal-Wallis (X²)	1,577	1,904	0,537	2,364	1,646	0,900	0,446
(p)	0,665	0,593	0,911	0,500	0,649	0,825	0,931
Habilitações literárias							
Não estudou	30,50	20,00	32,00	10,00	30,00	29,50	30,00
Sabe ler/Escrever	17,13	12,88	15,13	17,00	16,00	15,75	15,50
1º ciclo	14,17	13,00	17,50	18,00	14,42	17,42	15,83
2º ciclo	17,57	21,36	15,50	19,29	18,07	16,86	17,64
3º ciclo	20,29	21,21	19,29	17,14	20,86	18,57	20,14
Secundário	12,33	13,00	14,67	13,67	12,17	14,50	13,67
Superior	10,50	10,38	10,75	11,50	9,63	9,88	8,88
Kruskal-Wallis (X²)	6,094	7,421	5,255	2,928	6,896	4,534	6,235
(p)	0,413	0,284	0,512	0,818	0,331	0,605	0,397
Situação profissional							
Empregado	11,85	14,60	10,90	13,40	12,00	10,90	10,95
Desempregado	17,00	21,33	21,50	24,00	17,17	23,33	19,83
Doméstica	24,20	17,80	22,90	19,30	22,70	22,00	23,80
Reformado	16,96	16,36	17,14	16,11	17,36	17,07	17,14
Kruskal-Wallis (X²)	5,886	1,320	6,883	3,767	4,633	6,999	6,987
(p)	0,117	0,724	0,076	0,288	0,201	0,072	0,072
Classe social (Graffar)							
Média alta	9,92	12,92	10,75	13,75	10,25	11,42	10,00
Média	17,12	18,62	13,73	13,50	17,46	13,27	16,12
Baixa	18,42	15,17	21,83	20,08	17,92	21,83	19,46
Desfavorecida	25,00	26,50	23,00	29,00	24,50	25,00	25,00
Kruskal-Wallis (X²)	4,346	2,948	7,831	5,815	3,813	8,088	4,927
(p)	0,226	0,400	0,050	0,121	0,282	0,044*	0,177

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Que influência exercem as variáveis psicossociais e familiares na sobrecarga do familiar cuidador.

Para verificarmos a influência das variáveis psicossociais e familiares do familiar cuidador nos fatores da sobrecarga e sobrecarga total, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis.

Em relação ao grau de parentesco verificamos maior sobrecarga em todos os fatores (com exceção do fator RI) e sobrecarga total nos familiares cuidadores que são cônjuges do idoso cuidado. Não se verificam diferenças significativas entre o grau de parentesco do familiar cuidador e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total (cf. Tabela 21).

Quanto tempo com cuidador constatamos que existe maior sobrecarga fatores IPC (OM=21,88); RI (OM=26,13); sobrecarga objetiva (OM=24,00) e sobrecarga total (OM=23,88) nos familiares cuidadores que desempenham as suas funções entre 2 e 3 anos e maior sobrecarga nos fatores EC (OM=22,30); PA (OM=24,20) e sobrecarga subjetiva (OM=23,30) nos familiares cuidadores com 1 a 2 anos de desempenho da atividade. Não existem diferenças estatísticas significativas entre o tempo de cuidador e a sobrecarga, ou seja, o tempo que exerce a atividade não interfere com a sobrecarga do familiar cuidador (cf. Tabela 21).

Quanto às horas diárias de cuidados, constatamos que existe maior sobrecarga nos fatores IPC (OM=18,88); EC (OM=17,63); sobrecarga objetiva (OM=18,61) e sobrecarga total (OM=18,21) nos familiares cuidadores que exercem a atividade num horário superior a 12 horas por dia, contudo sem diferenças estatísticas significativas entre as horas diárias de cuidados e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total (cf. Tabela 21).

Tabela 21– Teste de Kruskal-Wallis. entre as variáveis familiares e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	SObj.	SSubj.	Sob.. Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Parentesco							
Marido/Mulher	18,78	15,78	20,61	18,72	18,94	20,67	19,50
Filho/Nora/Genro	17,28	16,47	14,81	14,63	16,88	14,44	16,09
Outro	11,79	17,50	15,07	17,93	12,50	15,86	13,57
Kruskal-Wallis (X²)	2,417	0,135	2,435	1,414	1,916	2,609	1,636
(p)	0,299	0,935	0,296	0,493	0,384	0,271	0,441
Tempo de cuidador							
<1 ano	17,25	16,17	15,75	14,42	16,75	15,67	16,58
1 a 2 anos	21,30	20,30	22,30	24,20	21,00	23,30	21,80
2 a 3 anos	21,88	26,13	21,25	21,13	24,00	21,25	23,88
>3 anos	13,56	13,24	13,94	13,88	13,32	13,68	13,18
Kruskal-Wallis (X²)	4,345	7,177	4,287	6,453	5,680	5,296	6,215
(p)	0,227	0,066	0,232	0,092	0,128	0,151	0,102
Horas diárias de cuidado							
1 a 3 horas	10,75	8,63	13,50	16,25	9,13	14,38	10,88
4 a 8 horas	13,50	17,70	16,60	21,90	14,50	18,10	15,10
8 a 12 horas	15,63	19,38	14,00	17,00	16,38	14,63	15,75
>12 horas	18,68	17,24	17,63	15,03	18,61	16,92	18,21
Kruskal-Wallis (X²)	3,088	3,431	0,981	2,317	3,669	,555	2,211
(p)	0,378	0,330	0,806	0,509	0,299	0,907	0,530

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Utilizamos o Teste U de Mann-Whitney para verificar a relação entre as variáveis psicossociais (remuneração, apoio de terceiros e atividades de lazer que realiza ou deixou de realizar) e os fatores de sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador.

Quanto ao fato de ser um trabalho remunerado, salientamos que quem recebe remuneração tem valores de ordenação média superiores nos fatores (IPC, EC, PA) bem como na sobrecarga objetiva, subjetiva e na sobrecarga total do familiar cuidador. Não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o recebimento de remuneração não influencia a sobrecarga do familiar cuidado (cf. Tabela 22).

Relativamente ao apoio de terceiros, constatamos que em todos os fatores de sobrecarga, sobrecarga objetiva e subjetiva e sobrecarga total as ordenações médias são superiores nos familiares cuidadores que não têm apoio de terceiros. Não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a existência de apoio de terceiros não influencia a sobrecarga do familiar cuidador (cf. Tabela 22).

No que respeita à realização de atividades de lazer, constatamos que em todos os fatores de sobrecarga, sobrecarga objetiva e subjetiva e sobrecarga total as

ordenações médias são superiores nos familiares cuidadores que não desenvolvem atividades de lazer. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a realização de atividades de lazer e o fator de sobrecarga PA (U=59,500, p=0,010) e altamente significativas nos fatores de sobrecarga IPC (U=29,000, p=0,000), EC (U=26,500, p=0,000), sobrecarga objetiva (U=33,500, p=0,000), sobrecarga subjetiva (U=27,500, p=0,000) e sobrecarga total (U=28,500, p=0,000) do familiar cuidado (cf. Tabela 22).

Quanto ao fato de ter deixado de realizar atividades de lazer para ser cuidador, salientamos que os familiares que deixaram de realizar atividades de lazer tem valores de ordenação média superiores nos fatores (IPC, EC, PA) bem como na sobrecarga objetiva, subjetiva e na sobrecarga total. Existem diferenças estatisticamente significativas no fato de ter deixado de realizar atividades de lazer e os fatores de sobrecarga IPC (U=49,500, p=0,012), EC (U=36,000, p=0,02), sobrecarga objetiva (U=61,000, p=0,047), sobrecarga subjetiva (U=45,000, p=0,007) e sobrecarga total (U=53,500, p=0,020) (cf. Tabela 22).

Tabela 22– Teste de Mann-Whitney entre as variáveis psicossociais e a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	SObj.	SSubj.	Sob.Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Remuneração							
Sim	19,75	12,75	27,00	26,50	18,00	27,25	22,50
Não	16,28	16,75	15,80	15,83	16,40	15,78	16,10
Mann-Whitney (U)	23,500	22,500	9,000	10,000	27,000	8,500	18,000
(p)	0,629	0,581	0,121	0,145	0,847	0,101	0,403
Apoio de terceiros							
Sim	16,02	15,17	15,28	15,26	15,72	15,17	15,44
Não	19,10	23,70	23,10	23,20	20,70	23,70	22,20
Mann-Whitney (U)	54,500	31,500	34,500	34,000	46,500	31,500	39,000
(p)	0,511	0,060	0,087	0,087	0,285	0,060	0,150
Atividades de lazer							
Sim	11,11	14,72	10,97	12,81	11,36	11,03	11,08
Não	23,43	18,79	23,61	21,25	23,11	23,54	23,46
Mann-Whitney (U)	29,000	94,000	26,500	59,500	33,500	27,500	28,500
(p)	0,000***	0,235	0,000***	0,010*	0,000***	0,000***	0,000***
Deixou atividades							
Sim	22,55	14,45	23,90	19,00	21,40	23,00	22,15
Não	13,75	17,43	13,14	15,36	14,27	13,55	13,93
Mann-Whitney (U)	49,500	89,500	36,000	85,000	61,000	45,000	53,500
(p)	0,012*	0,411	0,002**	0,325	0,047*	0,007**	0,020*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Quais os efeitos significativos das variáveis habitacional e clínica na sobrecarga do familiar cuidador de idosos dependentes.

Para analisar a relação entre a coabitação e os fatores da sobrecarga e sobrecarga total do familiar cuidador, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney. Em relação aos familiares cuidadores que coabitam com o idoso observamos valores de ordenação média superiores nos fatores da sobrecarga IPC (OM=17,35); RI (OM=17,44); sobrecarga objetiva (OM=17,58) e sobrecarga total (OM=17,13). Não existindo diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a coabitação não influencia a sobrecarga do familiar cuidador (cf. Tabela 23).

No que respeita à percepção da saúde por parte dos familiares cuidadores, constatamos que os familiares que consideram a sua saúde muito boa, tem valores de ordenação média superiores nos fatores da sobrecarga, EC (OM=25,00); PA (OM=30,25) e sobrecarga subjetiva (OM=27,25), os que consideram a sua saúde fraca tem valores de ordenação média superiores nos fatores da sobrecarga, RI (OM=23,44); sobrecarga objetiva (OM=11,260) e sobrecarga total (OM=23,33). Existem diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores da sobrecarga e sobrecarga total ($\chi^2=12,244$, $p=0,007$), ou seja, a autopercepção de saúde influencia todos os fatores da sobrecarga e a sobrecarga total do familiar cuidador (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Teste de Mann-Whitney entre a coabitação e a percepção de saúde com a sobrecarga do familiar cuidador (fatores e total)

Variáveis	IPC	RI	EC	PA	SObj.	SSubj.	Sob.Total
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Coabitação com o idoso							
Sim	17,35	17,44	16,31	15,27	17,58	16,00	17,13
Não	12,83	12,42	17,33	21,83	11,83	18,67	13,75
Mann-Whitney (U)	56,000	53,500	73,000	46,000	50,000	65,000	61,500
(p)	0,308	0,244	0,832	0,131	0,189	0,556	0,436
Percepção da saúde							
Muito boa	8,50	7,25	25,00	30,25	7,50	27,25	15,00
Boa	11,53	14,17	10,50	11,93	11,93	10,13	10,67
Fraca	22,39	23,44	20,83	20,89	23,06	21,28	23,33
Muito fraca	22,75	15,00	22,17	16,75	21,08	21,67	21,33
Kruskal-Wallis (χ^2)	11,904	8,047	12,018	10,637	11,260	13,835	12,244
(p)	0,008**	0,045*	0,007**	0,014*	0,010*	0,003**	0,007**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

6. Discussão dos resultados

De acordo com os resultados obtidos no estudo, iremos comparar com outras investigações realizadas.

Na caracterização socio demográfica do idoso dependente, analisando a nossa amostra de 32 idosos dependentes, verificamos que 12 idosos eram do género masculino e 20 eram do género feminino. No que se refere às estatísticas da idade em função do género, constatamos que em média, os idosos femininos (85,80 anos) são mais velhos que os idosos masculinos (81,08 anos). A maioria dos idosos sabe ler e escrever, embora não tenham completado nenhum ciclo do ensino.

Os resultados encontrados são similares aos de outros estudos que têm por alvos idosos dependentes. Prevaecem os idosos com idade avançada (habitualmente com médias superiores aos 70 anos), do sexo feminino e com baixa escolaridade (Brito, 2002; Lage, 2005; Sequeira, 2007; Ricarte, 2009 e Machado, 2012). A pessoa que recebe cuidados é maioritariamente do sexo feminino, casada ou viúva, com filhos, e quanto ao grau de parentesco, tende a ser familiar próximo do cuidador, designadamente cônjuge, mãe/pai, sogra/sogro (Figueiredo, 2006).

Quase todos os idosos que participaram no estudo, apresentam dependência física, sendo a maioria uma dependência total. Como refere Garcia (1994) citado por Andrade (2009), as principais causas que poderão estar na origem da indesejável perda de autonomia estão relacionadas com doenças incapacitantes, que apresentam um peso importante para a pessoa dependente, quer em termos pessoais, quer em termos sociais. Os resultados, são distintos dos encontrados por Sequeira, (2010) porque a população do estudo era mais jovem (60 e mais anos) e menos dependente e encontra-se realçada a dependência leve (44,6%), seguida da moderada (20,8%), da severa (14,9%) e a dependência total referida em 11,9% dos casos, sendo que na amostra, 7,9% dos idosos eram independentes.

Na caracterização sociodemográfica do familiar cuidador, observamos que a maioria dos familiares cuidadores, é do género feminino e apresentam em média 61 anos de idade. Machado, 2012 citando Martín, Paúl & Roncon (2000), Lage (2004) e Carvalho (2007), refere como explicação para este papel ser desempenhado maioritariamente pelas mulheres reside na cultura ocidental e portuguesa, as mesmas foram preparadas desde crianças para serem além de filhas, donas de casa, mães, esposas e cuidadoras. Observamos que nesta amostra, como na generalidade dos estudos (Sequeira, 2010; José, Wall & Correia, 2002; Brito, 2002; Andrade, 2009;

Figueiredo, 2007; Carvalho, 2015; Soares, 2017), são as mulheres que assumem maior responsabilidade no cuidar. Como refere Carvalho (2015) as questões de género nos cuidados devem-se a culturas, pela organização social, pela política e pela própria ideologia. Em relação à idade podemos verificar que a idade em média dos familiares cuidadores, se enquadra na faixa etária dos estudos realizados, ao afirmarem que as idades dos cuidadores se situam entre os 45 e os 69 anos (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos familiares cuidadores são casados, possuem o 2º e 3º ciclos como habilitações literárias e estão reformados. Quanto à ligação familiar, a maioria dos familiares cuidadores são filhos/Nora/Genro e cuidam do seu familiar idoso há mais de 3 anos, por um período superior a 12 horas/dia, não auferindo qualquer remuneração para o desempenho desta atividade. Resultados semelhantes foram obtidos por Ferreira (2012) e Pera (2012). Mata, et al. (2012) e Nascimento (2014) verificaram de igual forma uma percentagem elevada de pessoas casadas que cuidam, com uma proporção superior à obtida no presente estudo (79,3% e 80,0% respetivamente). Tendo como referência outros estudos, os cuidadores são as filhas (24,5%) e os filhos (19,4%) da pessoa cuidada seguindo-se as esposas (17,3%) e os maridos (8,2%). Estes resultados vêm comprovar que, a família se encontra na primeira linha de prestação de cuidados, sendo muitas vezes a única base de suporte para os idosos dependentes (Garrido e Menezes, 2004; Félix, 2010; Rodrigues, 2011; Sequeira, 2010; Soares, 2017). O cuidado prestado por pessoas com baixos níveis de habilitações literárias está a mudar, assim como nos estudos de Parente (2017), Ricardo (2009), Martins (2013) e Mata (2012), que na sua amostra verificaram que existiam também cuidadores com ensino secundário e superior.

Quanto ao tempo dispensado na prestação de cuidados, Ricarte (2009) refere no seu estudo que 61,5% dos cuidadores presta cuidados praticamente todo o dia, com uma média de 18 a 24 horas/dia, com 75,6% dos cuidadores a referir que cuidam há mais de 3 anos. Isto pode ser explicado pelo facto de possuírem habitação conjunta, e serem casados ou parentes próximos do dependente (Machado, 2012).

Relativamente às razões que levaram os familiares a ser cuidadores, a maioria refere o gosto e a preocupação com o familiar idoso, seguindo-se o motivo familiar relacionado com o parentesco com e por fim o facto de não haver mais ninguém para prestar os cuidados. A grande maioria dos familiares cuidadores refere ter apoio de outros para cuidar do idoso dependente. Marques (2005) citado por Machado (2012) refere existirem muitos cuidadores informais que não contam com o apoio de outras

pessoas e outros que partilham a responsabilidade com irmãos, referindo que este fator pode ser positivo na redução dos fatores stressores.

No que se refere à etapa do ciclo de vida, a maioria dos familiares cuidadores pertencem a uma família que se encontra na etapa famílias no fim de vida, seguindo-se a etapa filhos a sair de casa. O resultado obtido com a amostra deste estudo não vai ao encontro do referido por Araújo, Paúl e Martins (2010) onde as famílias viviam a etapa de filhos a sair de casa e só depois a do fim de vida.

A maioria dos familiares cuidadores coabita com o idoso dependente e referem existir barreiras arquitetónicas na habitação (escadas), que dificultam a prestação de cuidados. Em relação à coabitação, os resultados corroboram o estudo realizado por Figueiredo (2007) referindo que a coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges que prestam cuidados e é mais frequente entre os descendentes que prestam cuidados, quando a pessoa de quem cuidam apresenta um elevado nível de dependência. Podemos constatar que sendo famílias na etapa em fim de vida e na atual conjuntura económica, a coabitação com o idoso dependente proporciona uma melhor segurança financeira, facilita a prestação de cuidados e proporciona uma melhor satisfação das necessidades da família e do idoso dependente.

A maioria dos familiares cuidadores pertence à classe média e consideram a sua saúde boa. Em relação ao nível socioeconómico, os resultados não vão de encontro ao estudo de Machado (2012), onde a autora constatou que prevalece o baixo nível com 59,4%, seguindo-se o médio com 37,7%. Constatou-se que os cuidadores informais que tinham melhor “perceção do seu estado de saúde” (nível de saúde “Bom” ou “Muito Bom”) se diferenciavam na maioria dos fatores e nos totais dos dois índices, de forma estatisticamente significativa, daqueles que tinham perceção de um menor nível de saúde (saúde “Fraca” ou “Muito Fraca”), revelando que os sujeitos que apresentavam menor perceção do estado de saúde apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades (Cordeiro, 2011).

Os familiares cuidadores referem ter disponibilidade para realização de atividades de lazer, as caminhadas e o convívio com os amigos são as mais referidas e afirmam que as funções de cuidador não foram um impedimento para a realização dessa atividade. A maioria dos familiares cuidadores, revelam um nível intenso de sobrecarga, que se evidencia nos familiares cuidadores do género feminino, contrariamente aos do género masculino. Os estudos de Zarit & Zarit (2007), Marques (2007), Eters et al. (2008) e Ricarte (2009), defendem que as mulheres apresentam maiores níveis de sobrecarga comparativamente com os homens.

Os estudos de Lage (2005), apontam para a diferença de género na perceção de sobrecarga, indicando que as mulheres têm perceção de maior sobrecarga tanto objetiva como subjetiva. Esta autora refere ainda que a influência do género nos domínios físico e psicossocial da saúde está relacionada com a qualidade de vida dos cuidadores, ressaltando que o género tem papel relevante em dois domínios: as mulheres apresentam mais sintomas ligados aos domínios psicossociais da qualidade de vida, enquanto os homens reportam mais sintomas no domínio da saúde física relacionados com a qualidade de vida. Sucede o mesmo no estudo de Ricarte (2009), em que, as mulheres referem maior sobrecarga com 60,1% contra 3,8% dos homens. Em sentido inverso está Machado (2012) que fazendo uma associação similar entre os níveis de sobrecarga e o género do CI, apresenta resultados diferentes, referindo que foram os homens que apresentaram mais sobrecarga com uns expressivos 90%, contra 59,4 de mulheres.

Segundo Machado (2012) alguns fatores podem intervir nas dificuldades do cuidado quotidiano e contribuir para aumentar a sobrecarga das filhas, esposas e outros que cuidam dos pais, esposos/ esposas ou familiares. Realçamos a condição de saúde e as características de quem é cuidado, as limitações de quem cuida, muitas vezes relacionadas ao próprio processo de envelhecimento e adoecimento do cuidador, algumas situações de desamparo social experimentadas ao longo da vida e a ausência de algum tipo de suporte formal que pudesse facilitar o cuidado no domicílio.

Analisando os quatro fatores em que se subdivide a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), verificamos que o primeiro fator, Impacto na Prestação de Cuidados (IPC) é o que mais contribui para a sobrecarga objetiva com uma média superior ao ponto central, revelando uma sobrecarga elevada. O estudo de Dantas (2020) não vai de encontro a este resultado com o fator impacto da prestação de cuidados, a apresentar score médio inferior ao ponto central da escala, revelando um reduzido impacto da prestação de cuidados. No entanto analisando os itens, verificamos uma média de respostas próximas do 3 (às vezes). Isso é evidente nos estudos de Pereira (2012) e Trindade, et al., (2017) que apresentam uma média também próxima do 3 (às vezes).

O segundo fator, Relação Interpessoal (RI) apresenta média abaixo do ponto central, constatamos que os achados deste estudo também estão em sintonia com Machado (2012) e Dantas (2020) que apresenta uma média abaixo do ponto central do fator, evidenciando uma baixa sobrecarga. Pereira (2012) e Trindade, et al., (2017) obtêm as mesmas conclusões, em que as médias das respostas varia entre o 1 (nunca)

e 2 (quase nunca), estando abaixo do ponto médio da escala, revelando que este fator não é motivo de sobrecarga para o prestador de cuidados.

O terceiro fator, Expetativas face ao Cuidar (EC) apresenta um valor média igual ao ponto central o que revela sobrecarga elevada, os itens 5 e 8 revelaram uma maior consistência de resposta no 3 (às vezes), os dados são corroborados por Trindade, et al., (2017).

O quarto e último fator, Percepção de Autoeficácia (PA) apresenta uma média acima do ponto central, o que revela que os familiares cuidadores não consideram estar a fazer um trabalho satisfatório e não estão satisfeitos com a prestação. Estes resultados não são corroborados por Dantas (2020), Pereira (2015) e Machado (2012), como sendo o fator da ESC que evidencia menor sobrecarga por parte dos cuidadores informais.

Olhando para os resultados de uma forma geral, constata-se que os cuidadores apresentam sobrecarga objetiva e subjetiva, evidenciado através dos fatores impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal e expetativas face ao cuidar.

Através da análise inferencial, observamos que as variáveis sociodemográficas (idade e género) e clínicas (tipo e grau de dependência) do idoso, não contribuem de forma significativa para o nível de sobrecarga do familiar cuidador.

No que respeita às variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional e nível socioeconómico) do familiar cuidador, não contribuem de forma significativa para o seu nível de sobrecarga. No entanto o género do familiar cuidador tem grande influência no nível de sobrecarga. Os familiares cuidadores do género feminino apresentam sobrecarga elevada, contrariamente aos familiares cuidadores do género masculino sem sobrecarga.

Admite-se de uma forma geral que a implicação emocional das mulheres é maior, o que pode levar a níveis superiores de sobrecarga comparativamente com os cuidadores do sexo masculino. (Donaldson, Tarrier & Burns, 1998; Garre-Olmo et al., 2000 citados por Ribeiro, 2011).

As variáveis psicossociais e familiares (grau de parentesco, tempo despendido para cuidar, tempo de exercício da atividade de cuidador, razões para cuidar, remuneração, apoio de terceiros e etapa do ciclo vital da família), não exercem influencia significativa no nível de sobrecarga do familiar cuidador.

O mesmo não se verifica em relação à variável referente os tempos livres e lazer, verificamos que os familiares cuidadores que não realizam atividades de lazer e tempos livres e aqueles que deixaram de as realizar quando se tornaram cuidadores, revelam maior nível de sobrecarga.

Admite-se de uma forma geral que a implicação emocional das mulheres é maior, o que pode levar a níveis superiores de sobrecarga comparativamente com os cuidadores do sexo masculino. Verifica-se que os cuidadores do género masculino recebem mais ajudas quer técnicas quer na gestão dos tempos livres. (Santos, 2005 citado por Ribeiro, 2011).

Ao analisarmos a relação da coabitação entre familiar cuidador e idosos na sobrecarga do familiar cuidador verificamos que não influencia significativamente o nível de sobrecarga. Relativamente à percepção do estado de saúde, não se verifica o pressuposto anterior, os familiares cuidadores que tem uma percepção fraca do seu estado de saúde, evidenciam níveis mais elevados de sobrecarga.

No estudo de Ricarte, (2011), observou-se que em relação ao estado de saúde, 47,4% dos cuidadores refere que a sua saúde é fraca, tal facto contribuindo para o aparecimento de sobrecarga física e emocional.

Os aspetos relacionados com o cuidador, tais como percepção e avaliação do seu bem estar, parecem estar fortemente associados com a sobrecarga, o mesmo não se verificando com as características do doente. Constituindo preditores importantes a percepção da saúde física e psicossocial (Santos, 2004).

Conclusões

Os estudos demográficos têm exposto o envelhecimento populacional como um dos mais importantes fenômenos do séc. XXI. O progresso científico e tecnológico a par do aumento da esperança média de vida e de uma acentuada diminuição da natalidade têm contribuído, significativamente, para o aumento da faixa populacional idosa (Figueiredo, 2012)

A família, acaba por assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados, tanto na saúde como na doença, ao idoso dependente. É no ambiente familiar que se conhece e se vivenciam comportamentos de bem-estar, autocuidado e onde são providenciados cuidados aos elementos da família, ao longo do seu ciclo vital, sendo o local mais adequado para a potenciar um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida. Este estudo possibilitou quantificar a sobrecarga total, objetiva e subjetiva dos familiares cuidadores de idosos dependentes na Região de Lafões. Permitiu também revelar o impacto na sobrecarga do familiar cuidador associado às variáveis sociodemográficas e nível de dependência dos idosos cuidados.

A nossa amostra de 32 idosos dependentes é maioritariamente constituída por idosos do género feminino com uma idade média de 84 anos, casados, sabem ler e escrever e tem uma dependência física total.

Os familiares cuidadores são, na maioria, do género feminino, com uma média de 61 anos de idade, casados e possuem o 2º e 3º ciclo de escolaridade. A maioria está reformada, são filho/filhas do idoso, cuidam dele há mais de três anos e por um período superior a 12 horas por dia. Pertencem à classe média, coabitam com o idoso, cuidam porque gostam e se preocupam com o idoso, pertencem a famílias em fim de vida. Consideram-se de boa saúde e com disponibilidade para realizar atividades de tempo livre e lazer e revelam níveis intensos de sobrecarga. A sobrecarga apresentada, e de acordo com os fatores de sobrecarga da ESC, é tanto objetiva como subjetiva.

Através da análise inferencial determinámos quais são as variáveis que influenciam a sobrecarga do familiar cuidador na Região de Lafões. Concluímos que as variáveis independentes que exercem influência na variável dependente são a perceção do estado de saúde, a realização de atividades de lazer; as atividades que o cuidador deixou de realizar quando se tornou cuidador e o género do familiar cuidador.

Traçando o perfil dos familiares cuidadores que apresentam sobrecarga total, são do género feminino, com companheiro, no grupo etário dos 51-65 anos, não estudou, é doméstica e pertence uma classe social desfavorecida. Tem como grau de parentesco ser cônjuge, cuida entre 2-3 anos e mais de 12 horas por dia. Não aufer de remuneração, tem apoio de terceiros, não realiza atividades de lazer e deixou as atividades que fazia. Coabita com o idoso e tem uma perceção sobre a sua saúde fraca. Cuida de idosos do género feminino, com dependência física, com uma idade entre os 81 e os 90 anos e com um nível de dependência total

Uma das limitações deste trabalho prende-se com o tamanho da amostra que não permite generalizar os resultados. No entanto, serve de ponto de partida para o traçar o perfil dos idosos dependentes e dos familiares cuidadores, desta região.

Os resultados e conclusões deste estudo servirão para uma reflexão sobre como os profissionais de saúde e a comunidade em geral, podem colaborar para que o familiar cuidador desempenhe cada vez melhor a função de cuidar do idoso dependente e da sua família, utilizando medidas preventivas contornando os fatores que influenciam a sobrecarga.

É importante que as mulheres cuidadoras tenham disponibilidade para desenvolver atividades de descanso e lazer, procurem ajuda formal ou informal que lhes permita libertar tempo de cuidados para si própria, incluindo a sua saúde.

Como sugestões, propomos a implementação ou aperfeiçoamento de algumas estratégias de intervenção, como por exemplo, a capacitação contínua dos profissionais de saúde para dar resposta às necessidades da população, nomeadamente a sensibilização das equipas de família, que conhecem os cuidadores e os idosos para a sua referenciação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para descanso do cuidador ou para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A região de Lafões dispõe de duas ECCI, a ECCI de São Pedro do Sul e a ECCI de Lafões, que dão resposta aos residentes nos 3 municípios (São Pedro do Sul, Oliveira de Frades e Vouzela). São equipas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo, que dão resposta às necessidades dos cuidadores e dos utentes no domicílio.

Os profissionais devem preparar-se com instrumentos simples e de fácil compreensão, monitorizando o bem-estar dos familiares cuidadores, as suas necessidades de saúde e de lazer. Também poderiam criar bolsas de voluntários, acompanhados pelos profissionais de saúde para participarem nas redes de apoios aos cuidadores atuando nas mais distintas tarefas. Considerando que muitos vivem o ciclo

vital do fim de vida, devemos ter em atenção este aspeto. Com algumas dessas estratégias possibilitaremos que o cuidar não seja sinónimo de renúncia, ausência de vida social, falta de liberdade.

É importante a divulgação de apoios que os idosos e cuidadores têm direito, os quais muitas vezes desconhecem, e se preconizam sejam assegurados através das políticas de saúde vigentes.

O estatuto do Cuidador Informal é um grande passo para assegurar os direitos e deveres dos cuidadores e para que o seu trabalho seja reconhecido e merecedor de atenção, potenciando uma maior satisfação, melhor cuidado, de forma que a dependência do idoso seja vivida com dignidade até ao seu final de vida.

É importante dotar as equipas de saúde com enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, considerando que é da sua competência específica, proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer prioridades, formular objetivos e estratégias, estabelecer e implementar projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas e proceder à sua avaliação.

O enfoque na deteção e atendimento das necessidades dos familiares cuidadores é fundamental para a obtenção de cuidadores saudáveis e capazes de proporcionar aos idosos dependentes cuidados de qualidade.

Referencias bibliográficas

Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões. Unidade de Saúde Pública (2018).

Plano local de saúde 2018-2020. Viseu. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-DL.pdf>

Almeida, T. L. (2006). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/38>

Andrade, F. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/10460>

Alarcão, M. (2002). *Des(Equilíbrios). Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Augusto, B., M., et al (2005). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde Lda,

Bagão-Félix, A. (2000). *Vieillesse, éthique, famille et société*. In: Vereauteren, Richard et al – *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*. Romon-Ville Saint-Agne: Éditions Érès.

Barbieri-Figueiredo, M., C., A. (2011). Enfermería Familiar y Comunitária en el ámbito internacional - Enfermería de Família em Portugal: um caminho em desrrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitária*, 4(2), 45–48.

Barreiros, L. M. V. C. C. (2019). Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Dissertação de mestrado.

Instituto Politécnico da Guarda. Biblioteca digital do IPV.

<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/4992/1/Enf%20Com%20-%20Laura%20M%20V%20C%20C%20Barreiros.pdf>

Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*.

Coimbra: Quarteto Editora.

Collière, Marie Françoise (2002). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, D.G. (2017). *Cuidadores formais de idosos: burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa. Repositório da Universidade de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/33348>.

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Lisboa: Almedina.

Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20.

ERS (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Entidade Reguladora da Saúde. Porto.
[https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS -
_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf)

Faustino, S. (2017). *Cuidadores Informais e envelhecimento ativo*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Leiria. IC-online
<http://hdl.handle.net/10400.8/2683>

Fernandes, M.G.M, Garcia, T.R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(1), pp.57-63. Brasília.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares aos idosos dependentes. *Cadernos Climepsi de Saúde*. 1ª edição. Climepsi editores. Lisboa.

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/95293/1/02.pdf>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação*. 2ª edição. Ed. Lusociência. Lisboa.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

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

Giddens, A. (2008). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Caloute Gulbenian. Repositório aberto. Universidade Aberta.

<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/8528>

Gomes J. M., & Mata A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 1ªed. Viseu: PsicoSoma.

Gomes J. M., & Mata A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In Pereira, F. (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores*

- Grelha, P. (2009). Qualidade de vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Repositório da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf
- Hanson, Shirley May Harmon (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação'. Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Imaginário, C (2008). *O Idoso dependente em contexto familiar: uma análise da família e do cuidador familiar*. 2ª edição.
- Infante, M.A. (2016). Ajudantes de Ação Direta: Necessidade em Contexto Institucional. Dissertação para obtenção de grau de Mestre Em Sociologia das Organizações e do Trabalho. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Repositório da Universidade de Lisboa.
https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13327/1/TESE_MarialInfante_20160923.pdf
- José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In C. Editores (Ed.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203- 229). Lisboa.
- Lopes, L.M. (2007). *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família*. 'Revista Portuguesa de Saúde Pública'. 25(1).

- Lopes, V. A. P. (2019). Prevenção da sobrecarga de cuidadores informais no contexto de uma equipa de Cuidados Continuados Integrados. Relatório de estágio. Instituto Politécnico de Setúbal. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29077>
- Loureiro, N. V. (2009). A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência. Dissertação de mestrado. Faculdade de ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. Biblioteca digital. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1516/2/DM_NicoleLoureiro.pdf
- Machado, S. C. (2012). Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira. Repositório comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/27990>
- Marconi, M.A.;Lakatos, E.M. (2002):Técnicas de Pesquisa. 5ª ed. Editora Atlas.
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. 8ª ed.: Report Number.
- Marques, S. (2007). Os cuidadores Informais de doentes com AVC. Formasau
- Marques, C.D. L. (2015). Capacitar para o cuidado: perceção do cuidador informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [D2014_10001822012_2916033_1 \(4\).pdf](https://hdl.handle.net/10316/2916033/1/D2014_10001822012_2916033_1(4).pdf)
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, Saúde & Doenças.
- OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

- Paschoal, S.M.P; Salles, R.F.N; Franco, R.P. (2006): Epidemiologia do Envelhecimento. In Carvalho, T.F.E. (2006): Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica. pp 3-18: Editora Atheneu.
- Pereira, C. A. R. (2018). Cuidador informal de idosos dependentes: Avaliação das dificuldades e autoeficácia. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Biblioteca Digital IPB.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/17875>
- Perovano, D. G. (2014). Manual de metodologia da pesquisa científica. InterSaberes.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, G.M.F; Costa, M.A.S.M.C; Gonçalves, L.H.T. & Alvarez, A.M. (2009). Perfil do cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Revista da Escola Enfermagem da USP.43(3):609-614. São Paulo
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vkzStSFpFvvJcLKcmLWSXzQ/?format=pdf&lang=pt>
- Pocinho, M. T. S. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Portugal, Lei n.º 100/2019 (2019, setembro 6). *Estatuto do cuidador informal*. Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06, páginas 3 -

16 <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

Portugal, Regulamento nº 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2(135), pp. 19354-19359. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020)

https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011. Resultados preliminares Instituto Nacional de Estatística

https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOES_modo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente em Portugal. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento>

Portugal, Pordata. (2021). Censos da população.

<https://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Censos+da+Popula%C3%A7%C3%A3o-204>

Ranmuthugala, G., Nepal, B., & Brown, L. (2009). Impact of home based long term care on informal carers. *Australian Family Physician*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19893784/>

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Edição Afrontamento.

- Relvas, A.P. (2006): O ciclo vital familiar: perspectiva sistêmica. 4ª ed. Ed. Afrontamento Porto
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistêmica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Reis, L.A., Neri, J.D., Araújo, L.L., Santana Lopes, A.L. & Cândido, A.S. (2015). Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(2), 156-163. [12548-Manuscrito no template padrão RBE-44424-1-10-20150731.pdf](https://www.repositorio.ufba.br/revistas/revista/index.php/revista/article/view/12548-1-10-20150731)
- Ribeiro, B. M. C.T. (2011). Estudo sobre sobrecarga em cuidadores informais de idosos demenciados utentes do Hospital Infante D. Pedro. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Departamento de Psicologia e Educação. Universidade da Beira Interior. Repositório digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/2710>
- Ricarte, L. F. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto. Repositório aberta da UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*. Loures: Lusociência.
- Rico, C.I.P.L. (2019). Sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente no autocuidado. Dissertação de mestrado. Instituto politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3978/1/SOBRECARGA%20CI%20RFINAL%20RICO.pdf>
- Rodrigues, L.M:O. (2013). A família parceira no cuidar: Intervenção do enfermeiro. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>

Santos, S.M.A. (2010): Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3ª ed. Revisada. Editora Alinea. São Paulo

Sequeira, C. (2007): Cuidar de idosos dependentes. Editora Quarteto. Coimbra

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. 2ª Edição Atualizada. Lisboa: Lidel.

Serra, I., & Gemitó, M. (2013). Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode? Universidade de Évora. Repositório da Universidade de Évora.

<http://hdl.handle.net/10174/10411>

Sousa, L.; Figueiredo. Cerqueira, M. (2006): Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. 2ª edição. Editora Ambar. Lisboa.

Sousa, C.S.D. (2019). Sobrecarga nos cuidadores informais de idosos dependentes: Um estudo no concelho de Serpa para criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador. Projeto de Intervenção. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja.

<http://hdl.handle.net/20.500.12207/5285>

Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta,

Teixeira, A.; Alves B.; Augusto B.; Fonseca C; Nogueira J.; Almeida; M. Matias M.; Ferreira M.; Narigão M.; Lourenço R.; Nascimento R. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento Enquadrador,

Perspetiva Nacional e Internacional. Com a colaboração do Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS - Parlamento. Lisboa

Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(3), 178-86.

<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12160>

Wright, L.M; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. Editora Roca

Zarit, S., & Zarit, J. (2007). *Mental Disorders in Older Adults - Fundamentals of Assessment and Treatment*. Second Edition. New York : The Guilford Press

Zarit, Steven H. e Gaugler, Joseph E. (2000). *Caregivers, Stress'*. In FINK, George - *Encyclopedia of Stress*. London: Academia Press. Vol. 1.

Anexos

Anexo I - Consentimento Informado

Consentimento informado

Eu, Elisabete Pereira Rodrigues Vieira, estudante do 5ºCurso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), estou a desenvolver a minha dissertação sob o tema A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes na região de Lafões.

Ao elaborar este estudo, temos como principal objetivo: avaliar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentados pelo familiar cuidador de idosos dependentes.

Mais informamos que a Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola (232419100).

Neste sentido, vimos solicitar a sua participação neste estudo para que seja possível concretizar esta etapa académica.

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento do questionário. Além de que a sua participação também é voluntária, podendo recusar participar no estudo ou desistir em qualquer momento. Caso decida não aceitar cooperar no estudo, isto não afetará o seu futuro tratamento, ou direitos de saúde e legais.

Declaro que recebi toda a informação necessária, fiquei esclarecido(a) e aceito participar voluntariamente no estudo.

O familiar cuidador _____

A estudante responsável pelo estudo: _____

Grata pela sua colaboração

Data: //

Anexo II - Autorização de utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) do Professor Carlos Sequeira

RE: Autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Escola Superior de Saúde de Viseu

R. D. João Crisostomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu

Tel. +351 232419100

gps 40º 65' 25.19" N 7º 90 49.61"

De: Carlos Sequeira <carloossequeira@esenf.pt>

Enviado: 9 de julho de 2021 14:22

Para: Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade <aandrade@essv.ipv.pt>

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Estimada colega Ana Andrade,

Informa-se que a estudante Elisabete Pereira Rodrigues Vieira poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estudo.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurlD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

Anexo III - Autorização o Diretor Executivo do Aces Dão Lafões, para proceder
à colheita de dados



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

ENTRADA ACES/DL 01518 04/05/21

*2 pús por conta
e restar*



Exmo. Senhor
Diretor Executivo
Agrupamento de Centros de Saúde do Dão-Lafões
Avenida António José de Almeida - Edifício MAS
3514-511 Viseu

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

ESSV 0357 29-699-121

assunto

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Dissertação, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Elisabeta Pereira Rodrigues Vieira, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, estão a realizar um estudo subordinado ao tema **"A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes, na região de Lafões"**.

A população alvo é constituída por familiares cuidadores de idosos dependentes, residentes na região de Lafões.

Ser familiar e simultaneamente cuidador de um idoso dependente é uma situação complexa, com grande desgaste físico e emocional. Muitas vezes compromete as relações sociais e familiares, a disponibilidade financeira, o desempenho profissional e muitos outros aspetos da vida pessoal e familiar do cuidador, conduzindo ao aumento dos níveis de stress e sobrecarga.

Assim este estudo tem como finalidade avaliar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentados pelo familiar cuidador de idosos dependentes na região de Lafões.

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a colheita de dados aos cuidadores informais, durante o período entre 03 de maio e 15 de junho de 2021, tendo por base o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Em anexo, remetemos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados e a Declaração de Consentimento Informado.

Mais informamos que a Professora Doutora Ana Isabel Andrade é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do contacto da Escola: 232 419 100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente



(Daniel Marques da Silva, PhD)

Na resposta indicar a «referência». Em cada oficina tratar-se de um assunto.

PV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal
Tel. +351 232 419 100 | e-mail: apcc@essv.ipv.pt
UR1 | www.essv.ipv.pt

Anexo IV - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da
ARS Centro, para a realização do estudo



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARER FINAL:</p> <p>POSITIVO</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Parecer favorável</i> <i>29-07-2021</i></p>
-------------------------------------	--



ASSUNTO: Parecer sobre o Projeto 48/2021 – "A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes na região de Lafões".

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

[Signature]
Dr. José Rui Marques
Presidente

Após o anterior parecer desta Comissão de Ética, a proponente esclareceu quem administrará os questionários aos familiares cuidadores dos idosos dependentes e apresentou a autorização solicitada referente à versão portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Face a esta resposta, esta Comissão de Ética dá o seu parecer positivo a este projeto.

[Signature]
Dr. Mário Livo
Relator

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

[Signature]

Anexo V -. Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação
(UniCiSE)

Departamento: Enfermagem

Investigador Principal: Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Investigador Colaborador: Elisabete Pereira Rodrigues Vieira

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Ano: 2021

Estudo: "A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes na região de Lafões".

Nº do questionário: _____

Data: / /

I- Caraterização do Idoso Dependente

1. Género	Masculino 1 <input type="checkbox"/>	Feminino 2 <input type="checkbox"/>
2. Idade		
3. Habilitações literárias	Não estudou 1 <input type="checkbox"/>	Sabe ler/escrever 2 <input type="checkbox"/>
	1º Ciclo 3 <input type="checkbox"/>	2º Ciclo 4 <input type="checkbox"/> 3º Ciclo 5 <input type="checkbox"/>
	Ensino Secundário 6 <input type="checkbox"/>	Ensino Superior 7 <input type="checkbox"/>
4. Estado Civil	Casado(a)/União de fato 1 <input type="checkbox"/>	Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)/Separado(a) 3 <input type="checkbox"/>	Viúvo(a) 4 <input type="checkbox"/>

5.Causa da dependência	Física 1 <input type="checkbox"/>	Cognitiva 2 <input type="checkbox"/>
6. Resultados da Escala de Barthel	Totalmente independente 1 <input type="checkbox"/> Dependente leve 2 <input type="checkbox"/> Dependente moderado 3 <input type="checkbox"/> Dependência severa 4 <input type="checkbox"/> Dependência total 5 <input type="checkbox"/>	

II- Caracterização Socio Demográfica do Familiar Cuidador

1.Género	Masculino 1 <input type="checkbox"/>	Feminino 2 <input type="checkbox"/>
2.Idade		
3.Estado Civil	Casado(a)/União de fato 1 <input type="checkbox"/>	Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)/Separado(a) 3 <input type="checkbox"/>	Viúvo(a) 4 <input type="checkbox"/>
4.Habilitações Literária:	Não estudou 1 <input type="checkbox"/>	Sabe ler/escrever 2 <input type="checkbox"/>
	1º Ciclo 3 <input type="checkbox"/>	2º Ciclo 4 <input type="checkbox"/>
	3º Ciclo 5 <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário 6 <input type="checkbox"/>
		Ensino Superior 7 <input type="checkbox"/>
5.Situação profissional	Empregado(a) 1 <input type="checkbox"/>	Desempregado(a).. 2 <input type="checkbox"/>
	Doméstico(a) 3 <input type="checkbox"/>	Reformado(a) 4 <input type="checkbox"/>
	Outro(a). 5 <input type="checkbox"/>	Qual: _____

6. Grau de parentesco em relação ao idoso	Mãe/Pai 1 <input type="checkbox"/> Marido/Mulher 2 <input type="checkbox"/> Filho(a) 3 <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã 4 <input type="checkbox"/> Nora/Genro 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____
7. Há quanto tempo é cuidador do idoso?	Menos de 1 ano 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 anos 3 <input type="checkbox"/> Mais de 3 anos 4 <input type="checkbox"/>
8. Quanto tempo em horas/dia, presta cuidados ao idoso?	1 a 3 horas/dia 1 <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas/dia 2 <input type="checkbox"/> 8 a 12 horas/dia 3 <input type="checkbox"/> Mais de 12 horas/dia 4 <input type="checkbox"/>
9. Este seu trabalho é remunerado?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/>
10. Porque é cuidador deste idoso?	Porque é meu familiar 1 <input type="checkbox"/> Porque tenho pena 2 <input type="checkbox"/> Porque não há mais ninguém para cuidar 3 <input type="checkbox"/> Porque gosto e me preocupo com ele(a) 4 <input type="checkbox"/> Outro motivo: _____
11. Conta com o apoio de outras pessoas para cuidar do idoso?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Se sim, de quem: _____
12. Etapa do ciclo vital da família	Sair de casa: adultos jovens solteiros 1 <input type="checkbox"/> União das famílias pelo casamento do novo casal 2 <input type="checkbox"/> Famílias com filhos pequenos 3 <input type="checkbox"/> Famílias com adolescentes 4 <input type="checkbox"/> Encaminhamento dos filhos: saída de casa 5 <input type="checkbox"/> Famílias no fim de vida 6 <input type="checkbox"/>

13. Reside na mesma habitação que o idoso?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não.. 1 <input type="checkbox"/>
14. A residência onde cuida do idoso, possui barreiras arquitetónicas?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Se sim, quais: _____
15. Classificação social de Graffard	Classe: Alta 1 <input type="checkbox"/> Média alta 2 <input type="checkbox"/> Média 3 <input type="checkbox"/> Baixa.. 4 <input type="checkbox"/> Desfavorecida.. 5 <input type="checkbox"/>
16. Como considera a sua saúde física e mental?	Muito boa 1 <input type="checkbox"/> Boa 2 <input type="checkbox"/> Fraca.. 3 <input type="checkbox"/> Muito Fraca 4 <input type="checkbox"/>
17. Tem tempo livre, para realização de atividades de lazer?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Se sim, quais: _____
18. Existe alguma coisa que deixou de fazer e sente falta, desde que se tomou cuidador?	Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____
19. Classificação da Escala de Sobrecarga do Cuidador	Sem sobrecarga 1 <input type="checkbox"/> Sobrecarga ligeira 2 <input type="checkbox"/> Sobrecarga intensa 3 <input type="checkbox"/>

Anexo VI - Escala de Barthel modificada

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____ / ____ / ____ HD: _____

<p>CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiarse.
<p>CATEGORIA 2: BANHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
<p>CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
<p>CATEGORIA 4: TOILETE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
<p>CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
<p>CATEGORIA 6: VESTUÁRIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
<p>CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toailete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	
100 pontos – totalmente independente	75 a 51 pontos - dependência moderada
99 a 76 pontos – dependência leve	50 a 26 pontos – dependência severa
	25 e menos pontos – dependência total

Anexo VII - Classificação Social de Graffar

Manual de cuidados de Enfermagem à Família

.Classificação Social de GRAFFARD

1- CRITÉRIOS

A Profissão

Grau	Condições	Opção
1º	Directores de bancos, de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente	
2º	Chefes de secção administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes	
3º	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras	
4º	Motoristas, policiaes, cozinheiros (operários especializados) (com ensino primário completo)	
5º	Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, trabalhadores manuais ou operários não especializados	

O Nível de instrução

Grau	Condições	Opção
1º	Ensino universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo)	
2º	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)	
3º	Ensino médio ou técnico inferior (6 a 9 anos de estudo)	
4º	Ensino primário completo (6 anos de estudo)	
5º	Ensino primário incompleto ou nulo	

Fontes de rendimento familiar

Grau	Condições	Opção
1º	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida	
2º	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados	
3º	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário publico	
4º	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jornada, por horas ou à tarefa	
5º	São sustentados pela beneficência publica ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidades para o trabalho	

Conforto do alojamento

Grau	Condições	Opção
1º	Casa ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto	
2º	Categoria intermédia, casas ou andares que sem serem luxuosos, são, não obstante espaçosas e confortáveis	
3º	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho	
4º	Categoria intermédia entre 3 e 5	
5º	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade	

Aspecto do bairro habitado

Grau	Condições	Opção
1º	Bairro residencial elegante, onde o valor dos terrenos ou o aluguer são elevados	
2º	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	
3º	Bairro em rua comercial ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável	
4º	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno esta diminuído como consequência da proximidade de fabricas, etc.	
5º	Bairro de lata	

2- CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social. Conforme a classificação que se segue:

Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de	5 a 9	Classe Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de	10 a 13	Classe Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de	14 a 17	Classe Média
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de	18 a 21	Classe Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de	22 a 25	Classe Desfavorecida

Anexo VIII - Escala de Sobrecarga do Cuidador

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010, 2018)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaría devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaría poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Fontes para citação da Escala:

Sequeira, Carlos. 2013. "**Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers**", Journal of Clinical Nursing 22, 3-4: 491 - 500.
doi: [10.1111/jocn.12108](https://doi.org/10.1111/jocn.12108)

Sequeira C. (2018). **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ª ed.)**.
Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Sequeira, C. (2010). **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Revista Referência, II Série, nº 12, março, pp 9 a 16.