

IPV - ESSV |



**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*"O que fazemos por nós mesmos morre connosco,  
o que fazemos pelos outros dura a eternidade."*

Desconhecido



## **Agradecimentos**

A realização do presente estudo contribui para a valorização do papel que a investigação tem na área da saúde e teve associado o contributo de várias pessoas.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a todos os cuidadores informais cujos utentes estavam inseridos nas Unidades de Longa Duração e Manutenção do distrito de Viseu e coordenadas pela Entidade Coordenadora Regional do Centro pela sua disponibilidade e colaboração.

À Professora Coordenadora Rosa Martins pelo carinho e incentivo demonstrados ao longo da realização de todo o trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque pela sua orientação, pela mais-valia das suas sugestões e pelo estímulo dado nos momentos de maior dificuldade e desânimo.

Ao Professor Doutor Carlos Pereira pelo contributo fornecido neste trabalho.

À Dr.<sup>a</sup> Maria José Hespanha pela sua prontidão em dar uma resposta positiva à realização desta investigação.

Aos representantes das Unidades de Longa Duração e Manutenção do distrito de Viseu e coordenadas pela Entidade Coordenadora Regional do Centro pela sua colaboração na concretização do presente estudo.

Às equipas de enfermagem que desempenham funções nas Unidades onde o estudo se desenvolveu, pela preocupação constante demonstrada e sua colaboração.

Às funcionárias da Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu pela sua ajuda e colaboração neste trabalho.

A todos um muito Obrigado...



## Resumo

**Introdução:** Com o aumento da esperança média de vida e do aparecimento de doenças crónicas, a família/amigos têm um papel importante na continuidade de cuidados, podendo acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que podem afetar o bem-estar do utente e do próprio cuidador. Assim, o objetivo central consiste em conhecer o nível de sobrecarga e dificuldades sentido pelo cuidador informal da pessoa dependente, e os seus determinantes.

**Métodos:** Este estudo é de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e transversal, com recurso a uma amostra não probabilística, acidental e por conveniência, composta por 71 cuidadores informais, com idades entre os 30 - 80 anos ( $\bar{x}$ = 53,73; Dp= 12,001), maioritariamente do sexo feminino (64,79%), casadas (83,2%), residentes em aldeias (50,7%) e com uma média de idades de 53,73 anos (Dp= 12,001). O instrumento de colheita de dados incorporou: Ficha Sociodemográfica; Índice de Barthel; Escala de Apgar Familiar de Smilkstein; Escala de Apoio Social; Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.

**Resultados:** Verificou-se, que as características sociodemográficas não influenciam a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores. No entanto, quanto ao “grau de dependência nas ABVD’s” e à “perceção do seu estado de saúde”, o grupo de cuidadores de pessoas com dependência severa ou total e aqueles com menor perceção do seu estado de saúde, manifestam maiores índices de sobrecarga e dificuldades. Contrariamente, estão os cuidadores que recebem “apoio financeiro” e “apoio de terceiros quando necessitam de se ausentar”, que percecionam menor sobrecarga e dificuldades. Respeitante à “funcionalidade familiar” e “apoio social”, os cuidadores informais integrados em famílias com disfunção acentuada e baixo apoio social, manifestam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades. Quanto maior são as dificuldades, maior é a sobrecarga sentida pelos cuidadores.

**Conclusão:** Os resultados revelaram, a existência de fatores determinantes da sobrecarga do cuidador, daí a importância de uma abordagem multidisciplinar assente em programas de apoio, acompanhamento e orientação diferenciada destes cuidadores, realçando a necessidade de aumentar o índice de bem-estar destas pessoas, para poderem proporcionar, com segurança, cuidados essenciais à pessoa que cuidam, ao mesmo tempo que possam prevenir quadros de sobrecarga física e psicológica nefastos para a sua saúde. Certamente, a enfermagem de reabilitação terá aqui um importante papel a fomentar e a desenvolver.

**Palavras-chave:** Pessoa dependente; Cuidador informal; Sobrecarga e Dificuldades



## Abstract

**Introduction:** With the increase of life expectancy and chronic disease's emergence, family and friends have a role of extreme importance in the continuity of care. This can lead to physical, psychological, emotional, financial and social problems that can affect the caregiver's well-being. Thus, the main objective is to identify the level of overburden and difficulties experienced by carers and the variables that influence them.

**Methods:** This study is characterized as being quantitative, descriptive, correlational and transversal, using a non-probabilistic, accidental and convenience sample and comprising 71 informal caregivers, aged between 30 and 80 years ( $\bar{x}$ = 53,73; Dp= 12,001), mostly female (64,79%), married (83,2%), village's residents (83,2%) and with an average age of 53,73% (Dp= 12,001). The data collection instruments included: Barthel Index; Smilkstein's Family Apgar Scale; Scale of Social Support; Questionnaire of the Evaluation on the Informal Carer's overburden and Evaluation Index of Carer's Difficulties.

**Results:** The results showed that sociodemographic characteristics do not influence the overburden and difficulties felt by caregivers. However, as for the "degree of dependence in BADL's" and the "perception of their health state", the group of caregivers of people with severe or total dependence and those with less understanding of their health state, demonstrates the highest rates of difficulties and overburden. The same situation happens - regarding the "family functionality" and "social support"- when you have informal caregivers in families with severe dysfunction and low social support. On the other hand, there are the caregivers who receive "financial support" and "third-party support when they need to leave", which perceives lower overburden and difficulties. The higher difficulties are, the greater the overload experienced by caregivers.

**Conclusion:** the results revealed the existence of crucial factors on caregiver's overburden, hence the importance of a multidisciplinary approach based on supportive programmes - monitoring and giving personalised guidance to these caregivers - highlighting the need to increase the well-being of these people, so they can safely provide, essential care to the person they're caring for, preventing at the same time physical and psychological overburden. Certainly, the rehabilitation nursing will have here an important role to promote and develop.

**Keywords:** Dependent person; Informal Carer; Overburden and Difficulties.



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de Tabelas	I
Lista de Quadros	II
Lista de Figuras	III
Lista de Abreviaturas e Siglas	IV
Lista de Símbolos	V
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>1ª PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA</b>	<b>31</b>
1.1 – A FAMÍLIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS	33
1.2 – O CUIDADO INFORMAL	34
<b>2 – A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b>	<b>41</b>
<b>3 – ESTADO DA ARTE NO DOMÍNIO DA SOBRECARGA E DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL</b>	<b>43</b>
3.1 – PESSOA DEPENDENTE	43
3.2 – CUIDADOR INFORMAL	47
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	50
<b>2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>4 – METODOLOGIA</b>	<b>63</b>
4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	63
4.2 – PARTICIPANTES	66
4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	68
4.4 – PROCEDIMENTOS	73
<b>5 – RESULTADOS</b>	<b>79</b>
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	79
<b>5.1.1 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente</b>	<b>80</b>
<b>5.1.2 – Caracterização clínica da pessoa dependente</b>	<b>84</b>
<b>5.1.3 – Caracterização sociodemográfica do cuidador informal</b>	<b>89</b>
<b>5.1.4 – Caracterização clínica do cuidador informal</b>	<b>95</b>

<b>5.1.5 – Caracterização das circunstâncias em que ocorre a prestação de cuidados</b>	95
<b>5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL</b>	115
<b>5.2.1 – Influência do grau de dependência nas ABVD's da pessoa dependente na sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal</b>	115
<b>5.2.2 – Influência das características sociodemográficas do cuidador informal sobre os seus níveis de sobrecarga e de dificuldades</b>	117
<b>5.2.3 – Influência das características circunstanciais na sobrecarga e nas dificuldades manifestadas pelo cuidador informal</b>	126
<b>5.2.4 – Influência da presença de ajudas sobre a sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal</b>	130
<b>5.2.5 – Influência da funcionalidade familiar e apoio social sobre a sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal</b>	135
<b>6 – DISCUSSÃO</b>	141
6.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE	141
6.2 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	144
6.3 – CARACTERIZAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	145
<b>7 – CONCLUSÃO</b>	157
<b>Referências bibliográficas</b>	161
<b>Anexos</b>	169
<b>Anexo I – Instrumento de Colheita de dados</b>	171
<b>Anexo II – Autorização para Aplicação do Instrumento de Colheita de dados</b>	183
<b>Anexo III – Consentimento Informado</b>	187

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género da pessoa dependente	80
Tabela 2 – Estatísticas relativas ao total do índice de Barthel em função do género	88
Tabela 3 – Estatísticas relativas à idade segundo o género do cuidador informal	89
Tabela 4 – Estatísticas relativas à distância ao serviço de saúde em função do género do cuidador informal	105
Tabela 5 – Estatísticas relativas à Escala de Apgar Familiar segundo o género do cuidador informal	107
Tabela 6 – Estatísticas relativas ao total da EAS segundo o género	108
Tabela 7 – Estatísticas relativas aos fatores da EAS segundo o género	109
Tabela 8 – Estatísticas relativas ao total do QASCI segundo o género	111
Tabela 9 – Estatísticas relativas aos fatores do QASCI segundo o género	112
Tabela 10 – Estatísticas relativas ao total do CADI segundo o género	113
Tabela 11 – Estatísticas relativas aos fatores do CADI segundo o género	114
Tabela 12 – Análise de regressão linear simples entre os fatores do QASCI e CADI e a idade	119
Tabela 13 – Análise de regressão linear simples entre o total do QASCI e CADI	140



## Lista de Quadros

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – UCCI's do distrito de Viseu, coordenadas pela ECR Centro e respetivas camas	68
Quadro 2 – Profissões agregadas em grupos segundo a CNP	69
Quadro 3 – Fatores da EAS	70
Quadro 4 – Dimensões do QASCI	71
Quadro 5 – Dimensões do CADI	72
Quadro 6 – Estatísticas relativas ao grupo etário em função do género da pessoa dependente	81
Quadro 7 – Estatísticas relativas ao estado civil em função do género da pessoa dependente	82
Quadro 8 – Caracterização da pessoa dependente por género: habilitações literárias e grupo profissional	83
Quadro 9 – Caracterização da pessoa dependente por género: rendimento mensal atual e como considera os rendimentos face às despesas	84
Quadro 10 – Caracterização da pessoa dependente por género: situação patológica e antecedentes pessoais	86
Quadro 11 – Estatísticas relativas ao tempo de dependência em função do género da pessoa dependente	87
Quadro 12 – Estatísticas relativas ao grau de dependência em função do género da pessoa dependente	88
Quadro 13 – Estatísticas relativas ao grupo etário em função do género do cuidador informal	90
Quadro 14 – Estatísticas relativas ao estado civil em função do género do cuidador informal	91
Quadro 15 – Caracterização do cuidador informal por género: habilitações literárias	92
Quadro 16 – Estatísticas relativas à residência em função do género do cuidador informal	92

Quadro 17 – Caracterização do cuidador informal por género: grupo profissional e situação profissional	94
Quadro 18 – Caracterização do cuidador informal por género: rendimento mensal atual	94
Quadro 19 – Caracterização do cuidador informal por género: estado de saúde	95
Quadro 20 – Estatísticas relativas à relação de parentesco em função do género do cuidador informal	96
Quadro 21 – Estatísticas relativas à existência de mais alguém para cuidar em função do género do cuidador informal	97
Quadro 22 – Caracterização do cuidador informal por género: razão de ser o cuidador informal, tempo de prestação de cuidados e intensidade de cuidados	99
Quadro 23 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: ajuda na prestação de cuidados e apoio formal	101
Quadro 24 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: ajuda na ausência do cuidador e apoio financeiro	102
Quadro 25 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: coresidência da pessoa dependente, local e tipo de habitação	103
Quadro 26 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: forma de deslocação e tipo de transporte utilizado	104
Quadro 27 – Caracterização circunstancial em função género do cuidador informal: distância ao serviço de saúde	106
Quadro 28 – Estatísticas relativas ao nível de disfunção familiar em função do género do cuidador informal	107
Quadro 29 – Estatísticas relativas ao nível de apoio social em função do género	110
Quadro 30 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função do grau de dependência da pessoa dependente	116
Quadro 31 – Resultados do <i>Teste de U Mann Whitney</i> : sobrecarga e dificuldades em função do género do cuidador	118
Quadro 32 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função do estado civil do cuidador informal	120
Quadro 33 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função do estado civil do cuidador informal	121
Quadro 34 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função da situação profissional do cuidador informal	122
Quadro 35 – Resultados do <i>Teste t de student</i> : sobrecarga e dificuldades em função da situação laboral do cuidador informal	123

Quadro 36 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função do rendimento mensal do cuidador informal	124
Quadro 37 – Resultados do <i>Teste t de student</i> : sobrecarga e dificuldades em função do estado de saúde	125
Quadro 38 – Resultados do <i>Teste t de student</i> : sobrecarga e dificuldades em função do grau de parentesco	126
Quadro 39 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função da razão de cuidar	127
Quadro 40 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função da duração de cuidados	128
Quadro 41 – Resultados do <i>Teste t de student</i> : sobrecarga e dificuldades em função da duração de cuidados	129
Quadro 42 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função da intensidade de cuidados	130
Quadro 43 – Resultados do <i>Teste de U Mann Whitney</i> : sobrecarga e dificuldades em função da ajuda que recebe o cuidador informal	131
Quadro 44 – Resultados do <i>Teste de U Mann Whitney</i> : sobrecarga e dificuldades em função do apoio formal que recebe o cuidador informal	132
Quadro 45 – Resultados do <i>Teste de U Mann Whitney</i> : sobrecarga e dificuldades em função da ajuda que recebe o cuidador informal na sua ausência	133
Quadro 46 – Resultados do <i>Teste de U Mann Whitney</i> : sobrecarga e dificuldades em função do apoio financeiro de terceiros ao cuidador informal	134
Quadro 47 – Resultados do <i>Teste t de student</i> : sobrecarga e dificuldades em função da coresidência com o cuidador informal	135
Quadro 48 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função da funcionalidade familiar	137
Quadro 49 – <i>Teste de Kruskal-Wallis</i> : sobrecarga e dificuldades em função do apoio social percebido	139



## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	64



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades instrumentais de Vida Diária
ACSS	Administração Central de Sistemas de Saúde
ARS	Administração Regional do Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CADI	Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador
Cit. por	Citado por
Cf.	Conforme
CNP	Classificação Nacional de Profissões
CV	Coeficiente de Variação
Dp	Desvio Padrão
EAS	Escala de Apoio Social
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECR	Entidade Coordenadora Regional
Fem.	Feminino
HTA	Hipertensão Arterial
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
Km	Kilómetro
K/Std <sub>Error</sub>	Valor de Kurtosis (medida de achatamento)
Masc.	Masculino
Máx	Máximo
Min	Mínimo
MTSS	Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde

p.	Página
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Sk/Std <sub>Error</sub>	Valor Skweness (medida de enviesamento)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCCLDM	Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
vs	Versus
$\alpha$	<i>Alfa de Cronbach</i>
p	Nível de significância
n	Número de casos é igual a
N	Número total da amostra
Nº	Número
r	Associação

## Lista de Símbolos

=	Igual
>	Maior que
<	Menor que
≤	Menor ou igual que
≥	Maior ou igual que
-	Subtração
x	Multiplicação
/	Divisão
%	Porcentagem
$\bar{x}$	Média
±	Mais ou menos
$\Sigma$	Somatório
€	Euros
XX	Vinte



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é cada vez mais uma realidade demográfica nas sociedades atuais. A sociedade encontra-se a mudar, sendo que a esperança de vida mudou substancialmente em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como igualmente nos países mais pobres. Esse aumento da esperança média de vida aumenta a taxa da população com idade superior a 65 anos, mostrando que essa realidade está longe de ser invertida.

Nos últimos dez anos assistiu-se, em Portugal, a um aumento inédito da população idosa, representando atualmente cerca de 19% da totalidade da população, ao qual corresponde um índice de envelhecimento de 129% (Chau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012). Estima-se que, entre 2010 e 2050, Portugal continue a envelhecer, prevendo-se que a percentagem de idosos venha mesmo a duplicar passando para 38,9%. Desta forma, torna-se o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%), os designados países da bacia mediterrânea (Sousa, 2009).

Observa-se, assim, um concomitante aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, como consequência destas alterações demográficas. Até então, dispúnhamos de um sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda e/ou numa filosofia de prevenção, demonstrando uma escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional, bem como a inexistência de uma política integrada de Saúde e de Segurança Social, para responder a ambas as necessidades.

A mudança do papel da mulher na sociedade, também é um fator essencial na mudança de paradigma na saúde. Esta deixou de estar sempre presente no domicílio e de ser considerada como cuidadora tradicional, passando a ter um papel mais ativo e participativo na sociedade, o que levou à necessidade de encontrar respostas para apoio a pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, tendo em conta as políticas de envelhecimento ativo, são preocupações da atualidade, a nível global. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a HelpAge International (2012) sugerem mudanças de atitudes, políticas e práticas que assegurem à pessoa idosa não ser tida apenas como beneficiária de planos de previdência, mas como participante ativa do processo de desenvolvimento, cujos direitos devem ser respeitados. Governos nacionais e locais, organizações internacionais, comunidades e a própria sociedade civil devem comprometer-se a fazer um esforço global conjunto, ajustando-se

às realidades demográficas deste século. Investir no envelhecimento desde o nascimento gera avanços concretos, com custo-benefício positivo.

Surgiu, assim, a necessidade de criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários. A parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e da Saúde possibilitou a criação e incentivo de respostas multissetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, sustentado por diversas entidades, tanto públicas (hospitais, centros de saúde, centros distritais do Instituto da Segurança Social) como sociais e privadas (da Rede Solidária e da Rede Lucrativa), tendo o Estado por principal promotor e incentivador (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - UMCCI, 2009).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), criada pelo Decreto-lei 101/2006 nº 108, de 6 de Junho de 2006, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia mencionada. Representa um novo processo desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. O objetivo geral da RNCCI é “ (...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (p. 4). Esta Rede pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais apropriado. Através do desenvolvimento dos seus padrões, a RNCCI desperta para a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como pilar fundamental do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (UMCCI, 2009).

A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

Tendo por base os dados apresentados anteriormente sobre o aumento da esperança média de vida e conseqüentemente do número de idosos com incapacidades associadas ao envelhecimento, bem como do maior aparecimento de doenças crónicas, a família/amigos

têm vindo a desempenhar um papel de extrema importância na continuidade de cuidados. Surge assim, o âmago do cuidador informal que passa a ser identificado como qualquer pessoa, familiar ou não, que se responsabiliza pela assistência à pessoa dependente no seu dia-a-dia, na promoção da sua qualidade de vida, garantindo que as suas necessidades diárias sejam satisfeitas. São pessoas que o fazem informalmente, por norma sem formação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração.

A palavra cuidar “é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boof, 2008, p.33).

Os cuidadores informais preenchem as falhas dos serviços oficiais de saúde, fornecendo, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados prestados à pessoa dependente. O papel desempenhado pelo cuidador é de extrema complexidade e ultrapassa o auxílio à pessoa na realização das suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's). Assumem um papel de grande responsabilidade, sendo muitas vezes os primeiros a detetar alterações na pessoa que cuidam, pelo que se assumem como parceiros dos serviços de saúde (Pereira, 2011). A escolha do cuidador relaciona-se essencialmente com a história pessoal e familiar da pessoa dependente, bem como nos contextos sociais e culturais em que se encontra inserida (Sequeira, 2010).

Desta forma, o processo de prestação de cuidados informais, é dinâmico e bastante complexo, devido à evolução da própria doença, ao tipo de dependência, ao contexto familiar, à rede de apoio de retaguarda, entre outros.

Conscientes da importância do papel desempenhado por todos os cuidadores informais, conforme já anteriormente referido, e da necessidade de alertar e sensibilizar os profissionais de saúde da importância de educar e formar, no sentido de os alertar para certas dificuldades e facilitar a sua prestação de cuidados, decidiu-se circunscrever o desiderato deste estudo, subjacente à problemática em análise, na seguinte questão de investigação: **“Quais os determinantes que influenciam o nível de sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa dependente?”**.

Em suma, resolveu-se desenvolver este estudo por se acreditar que se trata de um domínio temático bastante atual e pertinente, passível de trazer para debate e reflexão importantes implicações práticas não só para os vários profissionais da saúde mas também com prováveis influências para toda a cidadania. Com este trabalho não se pretende solucionar a problemática da sobrecarga sentida pelos cuidadores informais, no entanto, espera perceber-se quais os níveis de sobrecarga do cuidador, assim como as dificuldades sentidas pelos mesmos e seus determinantes, dado que após a etapa de delimitação do

diagnóstico o importante e crucial é que a nossa intervenção se centre no contexto das necessidades detetadas e promova o bem-estar e verdadeira dignidade não só dos cuidadores, mas também da pessoa que é cuidada.

A existência de diversos estudos nesta temática, a consciência da importância dos cuidadores e o reconhecimento que se trata de um papel muito difícil de desempenhar por ter a satisfação de poder trabalhar com eles diariamente, foram motivos essenciais que levaram a acreditar que a temática é atual e pertinente não só para profissionais de saúde e cuidadores informais, como também como para a sociedade na sua generalidade.

No entanto, convém salientar que com este trabalho não será possível delinear estratégias que permitam atuar sobre as dificuldades mencionadas, esperando-se sim e sobretudo identificar que variáveis poderão influenciar os níveis de sobrecarga e dificuldades sentidas, com vista a fornecer diretrizes para a elaboração de um plano de formação e intervenção que seja potencialmente estratégico, diferenciado e eficaz.

Torna-se importante referir que este estudo foi realizado em 9 Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) do distrito de Viseu e coordenadas pela Entidade Coordenadora Regional (ECR) do Centro.

Deste modo, o objetivo geral proposto para a realização deste estudo consiste em conhecer o nível de sobrecarga e dificuldades sentido pela pessoa que desempenha o papel de cuidador informal da pessoa dependente, e subseqüentemente os seus determinantes. Como objetivos mais específicos foram delineados, em concreto, os seguintes:

- Determinar em que medida variáveis de contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação laboral) influenciam a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Identificar a influência que determinadas variáveis clínicas (perceção do estado de saúde e nível de dependência) têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Verificar de que forma as variáveis de contexto psicossocial (rendimento mensal, razão de cuidar, duração da prestação de cuidados, intensidade de cuidados e apoio informal e formal) têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Determinar a influência que as variáveis funcionalidade familiar e apoio social têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;

- Contribuir para o aumento de conhecimento nesta área com o objetivo de alterar algumas práticas dos profissionais de saúde, no sentido de atenuar os fatores de maior impacto.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em quatro partes. Para atingir os objetivos traçados, foi realizada uma revisão bibliográfica, a qual permitiu elaborar o enquadramento teórico que representa a primeira parte. Foram abordados temas como a RNCCI e a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, com menção a dados obtidos noutras investigações de diversos autores.

A segunda parte corresponde à fase metodológica, a qual compreende o tipo de estudo, objetivos, variáveis, participantes e critérios de inclusão, modo de abordagem, instrumento de colheita de dados e procedimentos estatísticos.

A recolha de dados com recurso ao instrumento de colheita de dados processou-se através de questionário, cuja aplicação foi concretizada, pelos enfermeiros a desenvolver atividades nas referidas Unidades sob orientação da autora do estudo, após procedimentos éticos e formais necessários.

A terceira parte, compreende a apresentação dos resultados encontrados após submetidos a tratamento estatístico, descritivo e inferencial, permitindo a sua interpretação.

A última e quarta parte, corresponde à discussão onde se faz comparação dos dados obtidos nesta investigação com os dados obtidos noutras investigações por outros autores.

Termina com as principais conclusões e algumas sugestões. Em anexo apresenta-se o instrumento de colheita de dados utilizado, a autorização para a sua aplicação e o consentimento informado.



## **1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Assiste-se, nos dias de hoje a um envelhecimento da sociedade atual que tem vindo a ser estudado sob duas perspetivas: o envelhecimento individual, que assenta numa maior longevidade dos indivíduos e, por isso, no aumento da esperança média de vida e o envelhecimento demográfico, que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

O envelhecimento individual é um processo multifatorial e inevitável caracterizado por um conjunto complexo de alterações, fisiológicas, psicológicas e sociais, próprias de cada indivíduo. São muitas as definições e teorias sobre o envelhecimento, sendo este um processo que se inicia logo à nascença, de forma individual, e comum a todos os seres vivos. Cabete (2008, p.5) define o envelhecimento como “um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. Segundo Guimarães (2010, p. 31) “o processo pelo qual as pessoas envelhecem não é ainda bem conhecido, mas certamente não é apenas uma questão de tempo.” Também Ferreira (2008, p.32), num dos seus trabalhos sobre esta temática, afirma que “o envelhecimento não é uma doença. É um processo contínuo, complexo e universal, comum a todos os seres vivos, que pode ter uma evolução mais rápida na última fase de vida do ser humano tornando-o mais vulnerável.”

Concomitantemente ao fenómeno do envelhecimento individual, que exprime o aumento da esperança média de vida, assiste-se hoje a outro fenómeno, que se iniciou na segunda metade do século XX, designado por envelhecimento demográfico. Este assenta na passagem de um modelo de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os índices alcançam níveis baixos. Verifica-se, assim, o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução do número de jovens e o alargamento do topo, com aumento da população idosa. Este fenómeno deu-se em todos os países desenvolvidos, e observa-se com maior intensidade nos países em desenvolvimento (Gonçalves & Carrilho, 2007).

O envelhecimento constitui, portanto, um processo biológico inevitável caracterizado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, aumentando conseqüentemente a vulnerabilidade às doenças. Estas podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando-o de um envelhecimento saudável e autónomo. Segundo Sequeira (2010), o conceito de dependência relaciona-se com a impossibilidade da pessoa

satisfazer as suas necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver. Veríssimo (2004) acrescenta que esta é uma situação que varia ao longo da vida implicando readaptações criadas pelo próprio indivíduo, sendo esta avaliada em função da capacidade para realizar as ABVD's.

Segundo o Decreto-lei 101/2006 nº 108, de 6 de Junho de 2006, entende-se por dependência a “ (...) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” e segundo Vicente (2002), entende-se por autonomia a capacidade e o direito de estabelecer as próprias leis e a capacidade de se autogovernar. Consiste na capacidade de planear a sua própria vida e de estar em relação com os outros e, com eles, participar ativamente na construção da sociedade.

Segundo Botelho (2000), o conceito de capacidade funcional relaciona-se com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A avaliação funcional representa uma maneira de avaliar, de forma objetiva e sistemática, se uma pessoa é ou não capaz de independentemente desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a melhor forma de avaliar a saúde é através da função, constatando que a capacidade funcional é melhor indicador de saúde que o estudo de prevalência de doenças. Assim sendo, a promoção da autonomia e a minimização do nível de dependência funcional é por si só, o principal pressuposto da dignidade humana e de melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Quanto às escalas para avaliação funcional do idoso, Santos (2001) refere que a OMS classificou o grau de autonomia ou capacidade funcional dos pacientes idosos em 3 classes:

- Funcionalmente Independente: são indivíduos saudáveis, podendo apresentar uma ou duas doenças crónicas não graves e controladas e/ou com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda;
- Parcialmente Independente: são indivíduos lúcidos, no entanto com problemas físicos incapacitantes crónicos, de carácter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, fazendo com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de apoio;

- Totalmente Dependente: são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos incapacitantes crónicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência recebendo ajuda permanentemente.

## 1.1 – A FAMÍLIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS

Em Portugal, atualmente, subsistem dois tipos de redes de apoio às pessoas em situação de dependência, as designadas redes informais, que incluem a família, os vizinhos, ou amigos que prestam cuidados com base na solidariedade, como voluntários, ou com base num sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. As redes formais de proteção social que integram todo o tipo de programas e medidas que asseguram a realização de prestações de serviços necessários, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais, que prestam cuidados numa base contratual, isto é, neste caso a relação que se estabelece com o utente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material. As relações entre os dois tipos de redes de apoio podem e devem ser de complementaridade, ou de substituição (MTSS, 2009).

Segundo Ávila (2009), cada pessoa tem as suas características próprias: biológicas, psicológicas, socioeconómicas, culturais e espirituais e está integrada num sistema maior, que é a família. Tendo em conta as interações que cada indivíduo estabelece com a sua família e comunidade, devem adequar-se as respostas às respetivas necessidades dos utentes. A OMS (2001) traçou alguns objetivos que devem resultar dos cuidados a prestar às pessoas em situação de dependência: (i) prevenir a perda de aptidões funcionais; (ii) manter a qualidade de vida; (iii) manter a pessoa no lugar que ela deseja; (iv) dar suporte à família; (v) proporcionar assistência de qualidade e (vi) permitir que a pessoa dependente morra tranquilamente proporcionando os cuidados adequados. De acordo com Ávila (2009), ainda há muito a ser feito em relação ao apoio prestado a este grupo populacional. Este autor salienta que o apoio formal é fundamental, nomeadamente quando a rede de apoio familiar é inexistente ou se torna pouco eficaz através duma prática assistencial contínua, devendo ter como objetivo primordial evitar a hospitalização e a institucionalização, pela consequente perda da liberdade, autonomia, despersonalização e estigmatização social.

A literatura, internacional e nacional, sobre familiares cuidadores de seus membros dependentes salienta as consequências, quase sempre danosas, sobre a vida e a saúde dos cuidadores, geralmente mulheres, no desempenho do seu papel. Estas realizam atividades para suprir as necessidades da pessoa dependente. Quaisquer que sejam os contextos de cuidado em contexto familiar, é essencial, além do treino específico para o cuidar de outrem, o apoio social aos cuidadores para cuidarem de si mesmos. Sem este suporte, os cuidadores ficam expostos a diversos riscos, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são submetidos. Em investigações sobre a dinâmica familiar, é importante estudar o funcionamento familiar explorando as relações entre seus membros, nas quais se pode observar a relação de harmonia ou não. O funcionamento familiar refere-se aqui à forma como a família é vista por seus membros no atendimento do compromisso de cuidar do outro e permite identificar as percepções individuais dos valores dentro do seio da família, como recurso psicossocial ou como suporte social (Polaro, Gonçalves, Nassar, Lopes, Ferreira & Monteiro, 2013).

Pode ainda considerar-se a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos e/ou voluntários, tornando-se ainda mais desgastante pelo facto de, por vezes, não existir qualquer vínculo emocional mas, apenas solidariedade de quem reside próximo da pessoa dependente e se sente na obrigação de prestar apoio.

## 1.2 – O CUIDADO INFORMAL

Como foi referido anteriormente, no processo dinâmico saúde-doença, a condição de adoecer, que é uma situação de crise, acompanha a humanidade e necessita de cuidados para que seja reestabelecida a condição de saúde e equilíbrio do indivíduo. Muitas vezes, estes cuidados não podem ser autorrealizados e surge, assim, o importante papel do cuidador (Cardoso, Mazza, Ricci & Vieira, 2012). Este vivencia muitas vezes sentimentos como: medo da perda, da dependência e da falta de preparação, sendo, geralmente, uma tarefa árdua, que pode acarretar consequências para o mesmo e para família. Existem estudos que mostram uma melhor adaptação da família, quando a situação geradora de dependência ocorre de forma lenta e gradual, do que quando ocorre de forma súbita (Pedreira & Oliveira, 2012).

O “cuidar” é uma das expressões mais antigas e, sem dúvida, a mais velha prática do mundo. Segundo Collière (2000, p.235) é “um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos

levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Também Moniz (2008) afirma que o conceito de cuidar significa, no campo da saúde, uma atenção especial dada a uma pessoa, que vive uma situação particular com vista a apoiá-la, e que contribui para o seu bem-estar promovendo a sua autonomia. O mesmo autor defende ainda, que o cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou desejo, envolve valores, vontade, compromisso e conhecimentos. Na ótica de Squire (2005), o conceito de cuidar surge sob a forma de prestar cuidados, percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções a ser prestada pela família, e pode ser visto como a arte de assumir a responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer/responder às suas necessidades e, sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida.

É de extrema importância o papel que o cuidador informal assume no contexto da continuidade de cuidados e na permanência em casa de pessoas com dependência (Ferreira, 2010). Famílias bem assistidas, estruturadas económica e emocionalmente, podem reagir de forma diferente ao lidar com alguém dependente. Além disso, observar como e em que medida a dinâmica familiar pode alterar-se com a situação de dependência é imprescindível para que, famílias vulneráveis sejam identificadas e melhor assistidas nesse sentido (Pedreira & Oliveira, 2012). Sendo assim, revela-se muito importante investir numa melhor coexistência entre a rede informal e a rede formal (já que esta se tem revelado sobretudo alternativa e raramente complementar), preocupando-nos com o cuidador informal enquanto parceiro mas também cliente dos cuidados de enfermagem (Ferreira, 2010).

Partindo deste enquadramento, os cuidadores podem então ser classificados em formais e informais. Os cuidadores formais são representados pelas equipas de profissionais de saúde com competências centradas na manutenção deste cuidado. No que diz respeito às definições de cuidador e cuidador informal apresentadas pela literatura, estas são múltiplas e nem todas unânimes no que se refere aos conceitos. Segundo Cardoso, Mazza, Ricci e Vieira (2012), os cuidadores informais são habitualmente, familiares, não remunerados, pouco assistidos e orientados pelos serviços de saúde, que auxiliam no cuidado à pessoa dependente no domicílio.

Na perspetiva de Pacheco e Rocha (2013), quando se especificam os tipos de cuidador, é definido o cuidador principal (ou primário) como quem tem maior responsabilidade nos cuidados diários à pessoa dependente, realizando a maior parte das tarefas do quotidiano, e o cuidador secundário, como aquele que, realizando tarefas não com tanta regularidade nem detendo tanta responsabilidade nem poder decisório, auxilia o cuidador principal apenas em

atividades complementares. Os cuidadores secundários podem constituir uma fonte de apoio relevante ao cuidador principal.

Segundo Fialho, Freitas, Jorge e Vieira (2011), o cuidador informal, ao contrário do formal, é aquele que desempenha cuidado não profissional sem receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos. Distinguem-se, também, os cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pela pessoa dependente e pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os diferencia dos primários é o facto de não terem o nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas mais específicas como compras, pagar contas e receber pensões.

Atendendo aos diferentes conceitos de cuidador informal, este foi definido como quem cuida mais proximamente, durante mais tempo e que colabora dentro das suas possibilidades com as atividades de vida em que a pessoa necessita de ajuda, de uma forma não remunerada, independente da sua formação de base ou experiência de vida (Pacheco & Rocha, 2013). O cuidado prestado varia desde intervenções simples até cuidados intensivos e mais especializados (Cardoso, Mazza, Ricci & Vieira, 2012).

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.61) “a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados”. É no seio da família que os acontecimentos da vida individual adquirem significado. É nela que cada indivíduo busca o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise, o que origina, em determinadas alturas, a prestação de cuidados pela família (Marques, 2007).

A iniciação do papel de cuidador poderá ser, ou não, um processo de livre escolha. Assume-se de duas formas: por um lado, por um processo sub-réptico, em que se verifica a perda progressiva de autonomia da pessoa, que vai necessitando cada vez de mais apoio. Desta forma, alguém começa a prestar cuidados, sem ter o verdadeiro conhecimento dessa decisão, assumindo de forma gradual a responsabilidade pelo cuidar; ou, por outro lado, de uma forma repentina e em consequência de um incidente inesperado, que poderá ser uma doença, um acidente, a saída ou incapacidade do anterior prestador de cuidados, entre outros. Assim, perante a urgente necessidade de cuidados, alguém terá rapidamente de assumir o papel de cuidador, podendo este ser negociado no seio da família, ou não (Sousa, Figueiredo

& Cerqueira, 2006).

Diversos estudos demonstram que o perfil do cuidador informal obedece a certos padrões da sociedade baseados em quatro fatores: parentesco com a pessoa dependente, gênero, proximidade física e proximidade afetiva. Dentro destes, existem também algumas variáveis que poderão influenciar, tais como: o estado civil, a cultura, a situação laboral e o tipo de cuidados a prestar (Lage, 2005; Sequeira, 2007).

Desta forma, quanto ao parentesco e proximidade afetiva, o cuidador informal é frequentemente um membro da família ou alguém muito próximo. Quando a pessoa dependente é casada o cônjuge surge como o principal cuidador. Segue-se a descendência, com predominância do sexo feminino que assume o papel de principal prestadora de cuidados (Martín, 2005; Sequeira, 2010). A responsabilidade recai, geralmente, sobre a filha mais marcada pela tradição familiar, economicamente mais desfavorecida, sem profissão, desempregada ou reformada e que mora próximo dos pais, ou então, sobre o filho único. Outros filhos que estejam empregados poderão também prestar auxílio, mas só ocasionalmente. No caso de ser um filho, em vez da filha, este tende a transferir a responsabilidade da prestação de cuidados para a sua esposa. Os amigos e/ou vizinhos apenas se tornam cuidadores na inexistência de familiares, ou como cuidadores secundários (Lage, 2005; Martín, 2005; Sequeira, 2010).

Quanto ao gênero, a mulher presta mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, enquanto os homens prestam mais cuidados relacionados com a gestão financeira e com os transportes. Squire (2005) afirma que, tradicionalmente, a prestação de cuidados era executada por mulheres domésticas ou desempregadas. No entanto, esta bolsa de cuidadoras foi reduzida devido ao crescimento do emprego entre as mulheres, ou seja, devido ao papel que a mulher passou a assumir perante a sociedade. Desta forma, o papel que na maioria das vezes era assumido pelas filhas poderá agora ter de ser desempenhado pelos cônjuges, sendo estes apoiados, ou não, pelos filhos e outros familiares. Segundo Sequeira (2010), o homem decide cuidar maioritariamente em situações conjugais, assumindo que esse apoio faz parte do seu papel marital.

A proximidade e a coresidência são dois fatores que influenciam a adoção do papel de cuidador informal, devido à proximidade física entre cuidador e pessoa dependente. Martín (2005) afirma que viver com a pessoa que perdeu/perderá/está em vias de perder determinadas capacidades, transformou-se numa das variáveis fundamentais na definição do principal cuidador. Lage (2005) diz mesmo que a coabitação é necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental, uma vez que o cuidado emocional parece não estar subordinado à proximidade física.

Sendo estes os principais fatores que determinam a adoção do papel de cuidador informal, fá-lo também com base em motivações, que constituem um domínio complexo, pois misturam um grande número de razões marcadas pelas tradições, padrões e normas vigentes em cada sociedade, pela própria concepção de vida e pela história de cada indivíduo. Das várias motivações destacam-se: o dever moral e/ou social, a solidariedade conjugal, filial ou familiar, a religião, os sentimentos de amor ou piedade e, também, a forte vontade de evitar a institucionalização (Imaginário, 2008). O dever social acarreta que os familiares se sintam desvalorizados, se não assumirem a prestação de cuidados aos seus familiares mais velhos e/ou dependentes, e contrariamente, se sintam valorizados e respeitados se decidirem assumir a responsabilidade do cuidar (Pimentel, 2008; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Relativamente ao dever moral, alguns prestadores de cuidados assumem que, mais tarde, não se querem sentir culpados por não terem cuidado dos seus dependentes; outros afirmam que cuidar do seu familiar significa cumprir o seu dever (Martins, Ribeiro & Garret, 2003; Pimentel, 2008). Sentimentos como o amor, afeto e carinho, ou então compaixão ou pena, são, também, razões que interferem na adoção do papel de principal cuidador. Outra motivação, mas raramente assumida pelos prestadores de cuidados informais, é a recompensa material (Marques, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Evitar a institucionalização é outra das motivações, apontada pelos autores mencionados anteriormente.

Grande parte dos cuidadores possui difíceis condições económicas, portanto, o custo benefício torna-se oneroso, o qual, associado às condições sociais no contexto familiar torna fundamental a existência real de uma rede de apoio à pessoa dependente e à família de forma sistematizada (Fialho, Freitas, Jorge & Vieira, 2011).

Na perspetiva de um familiar cuidador, a situação de vir a lidar com uma pessoa dependente constitui uma situação de crise, até porque, como foi referido anteriormente, a situação económica é muitas vezes penosa, levando tudo isto a que ocorra uma mudança significativa no rumo da sua vida (Pacheco & Rocha, 2013).

Esta sobrecarga ou tensão, existente sobre os cuidadores informais, pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do utente e do próprio cuidador (Fialho, Freitas, Jorge & Vieira, 2011).

As dificuldades das famílias para cuidar relacionam-se com obstáculos que se deparam durante o cuidado da pessoa dependente e ter de enfrentar repercussões da dependência total ou parcial para suas necessidades básicas no domicílio. Esta situação é agravada pela falta de orientações e informações que acabam por gerar ansiedade no cuidador. Surge desta

forma a urgência em alterar-se o modelo tradicional de saúde, deixando de se centrar no modelo curativo e individual que dificulta a realização de um atendimento baseado na coletividade e na minimização das dificuldades sentidas pela família (Cardoso, Mazza, Ricci & Vieira, 2012).

O referido cuidador, torna-se o “profissional oculto” dos cuidados à pessoa dependente, experienciando consequências que se repercutem quer na sua qualidade de vida, quer na da pessoa com dependência, sendo assim fundamental, identificar a dimensão positiva do cuidar, pois representa uma mais-valia para os cuidadores informais, fortalecendo a relação, promovendo um sentimento de gratificação, porque cuidar não é somente uma experiência desgastante (Araújo, 2009).

Na realidade, todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para o fazer (Andrade, 2009).



## 2 – A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Tendo como base toda a situação demográfica descrita anteriormente, bem como o facto de esta investigação ser direcionada a cuidadores informais das UCCLDM, torna-se fundamental contextualizar uma breve abordagem inerente à RNCCI. Esta constitui um novo modelo organizacional criado por uma parceria entre os MTSS e da Saúde enquadrada juridicamente pelo Decreto-lei 101/2006 n.º 108, de 6 de Junho de 2006, e é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (Administração Central de Sistemas de Saúde - ACSS, 2015). A RNCCI foi criada porque “[...] verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida” (Decreto-lei 101/2006 n.º 108, de 6 de Junho de 2006, p. 3856).

Como objetivo primordial da RNCCI surge a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada, através de equipas multidisciplinares, a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão direccionados para a recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (ACSS, 2015).

Os Cuidados Continuados Integrados começam com a alta hospitalar, assegurando a continuidade do tratamento através da inserção em unidades de internamento alternativas, ou no domicílio do doente, sendo neste caso, o apoio efetuado por equipas de cuidados domiciliários multidisciplinares e resultantes da articulação entre os Centros de Saúde e a Segurança Social. A RNCCI é constituída por Unidades de Internamento:

- Unidades de Convalescença até 30 dias (tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda temporária de autonomia potencialmente readquirível e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos);

- Unidades de Média Duração e Reabilitação de 30 a 90 dias (tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação de perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de um processo patológico crónico);
- Unidades de Longa Duração e Manutenção para internamentos superiores a 90 dias (tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, promovendo o conforto e a qualidade de vida. A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior a 90 dias, em situações temporárias, consequentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal);
- Unidades de Cuidados Paliativos (é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento resultantes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva);
- Equipas Domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos) (ACSS, 2015).

Pretende-se com a RNCCI promover parcerias regionais e locais entre entidades do sector público, privado não lucrativo e privado lucrativo, articulando de forma integrada e complementar. A RNCCI é uma iniciativa inédita, criada em 2006 como experiência piloto e concretizando-se o seu alargamento a partir de 2007. A RNCCI continua, nos dias de hoje, em processo de desenvolvimento (MTSS, 2009).

A progressiva implementação destas novas respostas, constitui, sem dúvida, uma dupla oportunidade: em primeiro lugar para as próprias pessoas em situação de dependência e em segundo lugar, constituem também uma oportunidade para as instituições sociais, uma vez que estas apresentam-se como parceiros privilegiados na implementação destas unidades, acumulando já uma longa experiência e tradição ao nível das parcerias público-privado (MTSS, 2009).

### 3 – ESTADO DA ARTE NO DOMÍNIO DA SOBRECARGA E DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL

A preocupação com o bem-estar dos cuidadores e da pessoa em situação de dependência constitui-se uma inquietação. Desta forma, torna-se pertinente perceber a sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais, analisando elementos que as determinam, acreditando que, só assim, é possível planejar e estabelecer intervenções de enfermagem, adequadas ao contexto real do cuidado informal a pessoas dependentes. De seguida, serão apresentados alguns dados obtidos por diversos autores em estudos que pretendiam igualmente conhecer e perceber a dinâmica inerente à sobrecarga e dificuldades deste “profissional oculto”. Para se tornar facilitada a sua leitura e análise perante o questionário aplicado, dividiram-se estes dados em três partes.

De mencionar que a maioria dos estudos adiante citados foram realizados tendo por base amostras de idosos, pelo que em termos de resultados poderão verificar-se algumas diferenças quando comparados posteriormente com a amostra deste estudo.

#### 3.1 – PESSOA DEPENDENTE

Pacheco e Rocha (2013), efetuaram um estudo transversal com 110 cuidadores informais do Conselho de Faro, tendo por objetivo perceber o stress e *coping* do cuidador informal. Verificaram que quanto à idade dos idosos dependentes, 72,7% apresentavam uma idade igual ou superior a 80 anos, com uma média de 82,72 anos, variando entre os 65 e os 97 anos. Neste mesmo estudo verificou-se que quanto ao grau de dependência este variava de um score médio de 25,27, sendo que, 71% dos idosos eram considerados totalmente ou severamente dependentes.

Ferreira (2013), numa investigação intitulada “A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência”, no que concerne à pessoa dependente verificou que existia pouca diferença entre sexos, no entanto, existia um maior número de homens (55%) que mulheres (45%). No que respeita ao estado civil, 45% eram viúvos, 40% casados, 10% solteiros e 5% divorciados.

Relativamente à média de idades era maior do que a constatada no cuidador informal, sendo possível verificar que, a pessoa dependente, apresentava uma média de idades de 81 anos. Ainda Ferreira (2013), após analisar o tempo de dependência verificou que existe um período superior a 1 ano que predominava.

Num estudo realizado por Cordeiro (2011), designado “Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga”, este verificou que a sua amostra era constituída por 63 idosos, sendo 52,4% do sexo feminino e 47,6% do sexo masculino, com idades oscilantes entre um mínimo de 65 anos e um máximo de 98 anos, ou seja, com uma idade média de 80,16 anos. No que diz respeito à distribuição dos idosos por estado civil, a maior parte (47,6%) eram casados e 39,7% eram viúvos, contrariamente ao estudo referido anteriormente. Quanto às habilitações literárias o mesmo autor afirmou que dos idosos constituintes da amostra, 47,7% não concluiu o 1.º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe) e 30,2% não foi além da conclusão deste ciclo do ensino. Dos restantes, apenas 3,2% concluíram o ensino secundário e nenhum frequentou o ensino superior. O sexo masculino apresentava maior escolaridade em todos os escalões, sendo o 1.º ciclo do ensino básico o grau mais representativo com 33,3%. No sexo feminino a maior representatividade de indivíduos situava-se no grupo dos que não tinham qualquer escolaridade, com uma percentagem de 36,4%.

Quanto às atividades profissionais exercidas pelos idosos, o autor observou que eram, predominantemente, rurais e fabris. As maiores percentagens situavam-se nos grupos de trabalhadores não qualificados (34,9%), seguida dos agricultores (27%) e dos trabalhadores do comércio (11,1%). Os homens desempenhavam principalmente atividades operárias (33,4%) e atividades relacionadas com a agricultura (23,3%). A maioria das mulheres eram trabalhadoras não qualificadas, onde se enquadravam as atividades domésticas (57,6%) e as atividades ligadas à agricultura (30,3%) (Cordeiro, 2011).

Mencionando agora o rendimento mensal, a maioria (55,6%), tinha rendimentos entre 250 e 500€, no entanto, existia uma percentagem muito significativa (27%) que apresentava rendimentos inferiores a 250€. Tendo por referência a diferença existente entre género, constatou-se que, na globalidade, o sexo masculino tinha maiores rendimentos, onde 30% apresentava rendimentos superiores a 500€. O sexo feminino não apresentava rendimentos superiores a 500€, sendo que 39,4% tinha rendimentos inferiores a 250€ e 6,2% não dispunham de quaisquer rendimentos mensais. Tendo em conta estes resultados, os cuidadores informais afirmavam que em 60% dos idosos do sexo masculino os rendimentos eram suficientes, em contrapartida, em 69,7% dos idosos do sexo feminino, afirmavam que os rendimentos não eram suficientes face às suas despesas fixas (Cordeiro, 2011).

A causa de dependência mais comum observada, nos idosos desta amostra, foi a patologia cardiovascular (36,5%), seguida das patologias do foro mental/demências (15,9%). Relativamente ao género, manteve-se a principal causa da dependência, no entanto, a segunda maior causa de dependência, no sexo masculino, correspondia às diversas neoplasias (20%), seguida das patologias do foro respiratório (13,3%). No sexo feminino, a segunda maior causa de dependência eram as patologias do foro mental, onde se incluem as demências (21,2%) e os problemas osteoarticulares (21,2%). Quanto aos antecedentes pessoais, em ambos os sexos, os três mais frequentes eram, respetivamente: Hipertensão Arterial (HTA) (54%); Acidente Vascular Cerebral (AVC) (34,9%) e Diabetes Mellitus (30,2%). O sexo masculino apresentou na sua maioria mais antecedentes pessoais tendo contribuído, em grande parte, o tabagismo, que apareceu como sendo o quarto antecedente mais frequente entre os homens (26,7%), e o alcoolismo, que era superior no sexo masculino (23,3%) (Cordeiro, 2011).

Verificou-se que a duração da dependência, dos 63 elementos da amostra total, oscilava entre um mínimo de 6 meses e um máximo de 20 anos, com uma duração média atual de 4,1 anos. Analisando as estatísticas relativas em função do género, constatou-se que a duração média da dependência para o sexo masculino (3,47 anos) era inferior à do sexo feminino (4,67 anos). No que concerne à análise da dependência dos idosos nas suas ABVD's pelo Índice de Barthel, a amostra variava entre os limites, mínimo e máximo, permitidos pela escala (0 e 100, respetivamente). Com dependência total ou severa nas suas ABVD's encontravam-se 34,9% dos indivíduos, dos quais 23,8% eram totalmente dependentes. De evidenciar que 47,6% dos indivíduos apresentavam dependência ligeira a moderada e apenas 17,5% eram independentes. O autor não encontrou diferenças consideradas relevantes em ambos os géneros (Cordeiro, 2011).

Num outro estudo realizado por Marques, Correia, Pires e Pereira (2010), cuja amostra era constituída por 50 idosos institucionalizados, num universo de 150, residentes na Residência Rainha D. Leonor em Viseu, verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos tinham mais de 80 anos (64%), tendo os restantes entre 70 e 80 anos (36%). O sexo feminino predominava (62% da amostra), assim como o estado civil viúvo (66%), seguido dos casados (20%). Constatou-se ainda, a existência de utentes solteiros (8%) e divorciados (6%).

Quanto às características socioprofissionais, verificou-se a predominância da frequência do primeiro ciclo de escolaridade (32%), contudo, existia também uma percentagem significativa de idosos que frequentaram o ensino superior (26%), bem como o 3.º ciclo (26%). No que respeita à antiga situação profissional dos utentes, predominavam antigos especialistas das profissões intelectuais e científicas (36%), sobretudo professores do ensino

básico e secundário (20%). Em menor quantidade (20%) encontravam-se administrativos e domésticas (Marques, Correia, Pires & Pereira, 2010).

O nível económico percebido pelos utentes do lar em estudo, era na sua maioria (26%) elevado, correspondendo a valores acima dos 1500€ mensais (Marques, Correia, Pires & Pereira, 2010).

Machado, S. C. G. (2012) realizou um estudo intitulado “Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana”. Dos 69 idosos constituintes da amostra em estudo, 65,2% eram do género feminino e 34,8% do masculino. Pôde verificar-se que a maioria dos idosos se encontrava na faixa etária entre os 75-80 anos, sendo importante referir que nesta faixa predominava o sexo feminino, seguido dos idosos dependentes com idade entre os 80 e 85 anos (mais uma vez com maioria do sexo feminino, com 14,5% dos casos), e a última faixa etária situava-se entre os 70-75 anos, havendo igualdade de género. Os idosos com idade superior aos 100 anos eram apenas do sexo feminino (2,9%).

Na avaliação do nível de capacidade funcional do idoso, foi utilizado o Índice de Barthel. Com dependência total surgiram 46,4% dos idosos, com dependência severa 20,3%, com dependência moderada 19% e com dependência leve correspondiam 14,3% dos idosos da amostra. Verificou ainda, que existia um elevado número de pessoas muito dependentes (66,7%). Os resultados foram diferentes daqueles encontrados por Sequeira (2010), possivelmente pela população em estudo ser mais jovem (60 e mais anos) e menos dependente, onde se realçava 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 (Machado, S. C. G., 2012).

O sexo feminino apresentava níveis de dependência mais elevados (73,4%), sendo que 51,2% se encontravam nos níveis de dependência total e 22,2% severa, enquanto o masculino (54,2%), apresentavam níveis de dependência total (37,5%) e severa (16,7%). No entanto, não existiram diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao grau de dependência. Prevalencia no sexo masculino as pessoas com dependência moderada (29,1%) e leve (16,7%), valores superiores aos do género feminino que representavam tanto no nível de dependência moderada quanto no leve, o mesmo percentual (13,3%). Entre os idosos considerados como tendo dependência severa, a idade variou entre 67-101 anos. Entre os idosos com dependência total apenas a idade mínima sofreu alterações, 66 anos. Verificou-se que não existiam diferenças significativas nos níveis de dependência funcional em função das idades dos idosos (Machado, S. C. G., 2012).

Para o total dos 26 questionários aplicados por Saraiva (2011), no concelho de Tondela, numa investigação intitulada “O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador”, este concluiu que no que respeita à idade da pessoa dependente, 65,38% da amostra, incluía-se na faixa etária acima dos 65 anos. Somente 34,62% da amostra de dependentes tinha idade inferior a 65 anos, sendo que destes a maioria, isto é, 5 pessoas, encontravam-se na faixa etária inferior aos 35 anos, 2 tinham idades entre os 45-54 anos, 1 situava-se na faixa etária dos 35-44 anos e finalmente 1 na faixa etária dos 55-64 anos. No caso das pessoas dependentes, verificou-se também que prevalecia o sexo feminino, tendo-se identificado 57,69% mulheres dependentes e 42,31% homens. Na amostra predominavam os viúvos (46,15%), seguidos dos solteiros (30,77%), casados (19,23%) e divorciados (3,85%).

Em relação ao nível de escolaridade da amostra em questão, observou-se que 88,45% da amostra, não possuía o nível de escolaridade atualmente tido como mínimo obrigatório, isto é, o 12º ano. Desta amostra 34,62% pessoas não sabiam ler nem escrever, 15,38% sabiam ler e escrever mas não tinham a 4ª classe ou 1º ciclo do ensino básico, 23,07% terminaram o 1º ciclo do ensino básico e 3,85% o 2º ciclo do ensino básico. Dos restantes, 11,55% da amostra, 1 possuía o 12º ano e 2 obtiveram o grau de licenciatura/bacharelato (Saraiva, 2011).

### 3.2 – CUIDADOR INFORMAL

Pacheco e Rocha (2013) concluíram no seu estudo transversal com 110 cuidadores informais do Conselho de Faro, tendo por objetivo perceber o stress e *coping* do cuidador informal, que a maioria dos cuidadores de idosos constituintes da sua amostra tinha mais de 50 anos (89,1%), verificando-se uma média de idade de 64,29 anos, com um desvio padrão (Dp) de 11,18 anos, variando entre os 26 e os 85 anos. Verificaram, que grande parte dos cuidadores de idosos eram do sexo feminino, 12,7% eram homens com média de idade de 68,57 anos (Dp=13,91), variando entre os 48 e os 85 anos, e 87,3% mulheres com media de idade de 63,67 anos (Dp=10,67), variando entre os 26 e os 85 anos. Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores salientou-se que 67,3% tinham o quarto ano ou menos.

Ferreira (2013) num estudo que intitulou “A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência”, concluiu que todos os cuidadores informais entrevistados eram do sexo feminino. As idades apresentadas pelos mesmos situavam-se entre os 52 e os 82 anos de idade, sendo que a média apresentada eram os 65 anos de idade. No que respeita ao estado

civil do cuidador, a autora mencionou, que a maioria eram casadas (60%), seguidas das viúvas (25%), divorciadas (10%) e solteiras (5%).

Constatou-se que, no que toca às habilitações literárias, 70% dos cuidadores tinham o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe), posteriormente surgiam aqueles que concluíram a 3ª classe (10%), sem escolaridade (5%), sabiam apenas ler e escrever sem ter frequentado a escola (5%), 5% referiam ter o 3º ciclo do ensino básico (3ª classe) e 5% afirmavam ter o ensino superior. Surgiram ainda informações relativas à profissão atual do cuidador, onde se destacava, em 70% dos casos, o facto de o cuidador ser reformado, seguido das domésticas (10%) e com 5% surgiram as professoras, auxiliares de lar, relações públicas e comerciantes (Ferreira, 2013).

Cordeiro (2011) que pretendia conhecer quais as dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, utilizou uma amostra com 63 sujeitos, 16 do sexo masculino e 47 do sexo feminino. As suas idades estavam compreendidas entre os 31 e os 85 anos, com uma média de 60,05 anos ( $Dp= 12,35$ ). Averiguou que a grande maioria dos cuidadores informais eram casados (71,4%), seguindo-se os divorciados (12,7%). Os dados estatísticos mostravam que existiam 4 cuidadoras viúvas (8,5%), não havendo nenhum indivíduo do sexo masculino nessas condições.

No que respeita à escolaridade dos cuidadores informais, constatou que a maioria (66,7%) apresentava um grau de escolaridade entre o 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico. Destes, a maior frequência possui o 1º ciclo do ensino básico (28,6%). Verificou-se ainda, que 11,1% não concluiu o 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe), dos quais 6,3% não sabem ler nem escrever. Apenas 11,1% terminou o ensino secundário e a mesma percentagem detinha um curso superior. Na distinção quanto ao género, observou-se que o sexo feminino apresentava maior escolaridade em todos os escalões, exceto no ensino secundário (Cordeiro, 2011).

Os cuidadores informais apresentavam atividades profissionais bastante diversas, com predomínio das profissões não qualificadas (31,7%), seguidas das profissões relacionadas à atividade do comércio (19%). Fazendo uma análise mais pormenorizada verificou-se que, no sexo masculino, predominavam as profissões operárias juntamente com as profissões ligadas à agricultura. No sexo feminino, os grupos mais significativos eram as trabalhadoras não qualificadas (40%), onde se enquadravam as atividades domésticas, e as profissões ligadas ao comércio (21,3%). No total da amostra, constatou-se que 49,2% dos cuidadores informais encontravam-se reformados e 30,2% encontravam-se empregados. No que respeita ao sexo, verificou-se que 75% dos cuidadores informais masculinos encontravam-se reformados face

aos 40,4% do sexo feminino. Destas, 7 eram domésticas e 6 encontravam-se desempregadas (37,7%), não se verificando nenhum cuidador informal do sexo masculino nestas situações (Cordeiro, 2011).

No que concerne ao rendimento mensal auferido pelos cuidadores informais, 31,7% tinham rendimentos entre 250 e 500€ e 19% apresentava rendimentos entre os 500 e 750€. Com rendimentos inferiores a 250€, encontravam-se 14,3% da amostra. Na análise relativa ao género averiguou-se que 43,8% dos cuidadores masculinos apresentavam rendimentos entre os 250 e os 500€, sendo que nenhum cuidador informal do sexo masculino tinha rendimentos inferiores a 250€. Para o sexo feminino constatou-se que, 34% das inquiridas apresentavam rendimentos inferiores a 250€ das quais, 14,9% não apresentavam quaisquer rendimentos mensais. Quanto à residência, 42,9% dos cuidadores informais residia na cidade, 38,1% vivia em ambiente rural, em aldeia ou no campo, e 19% vivia inserido numa vila (Cordeiro, 2011).

Os cuidadores informais avaliaram o seu estado de saúde, como “Bom ou Muito Bom” (66,7%) e como “Fraco ou Muito Fraco” (39,7%). Analisando quanto ao género, o sexo masculino percecionava melhor estado de saúde que o sexo feminino, no entanto com pouca diferença (Cordeiro, 2011).

Machado, S. C. G. (2012) realizou um estudo com o intuito de avaliar a sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana. Verificou-se que, 85,5% dos cuidadores informais eram do género feminino, e apenas 14,5% do masculino. No que respeita à idade, constatou-se que variava entre 39 e 80 anos. Observou-se que a maioria (37,7%) se localizava entre 44-54 anos, seguindo-se o grupo dos cuidadores com a idade entre 64-74 anos (26,1%) e os de 54-64 anos (17,4%). Averiguou-se que 42% dos cuidadores possuíam o 6º ano de escolaridade, seguidos daqueles que possuíam o 4º ano (24,6%), os analfabetos (20,3%), os que possuíam o 9º ano (7,2%) e o 12º ano (5,8%). Quanto o estado civil, notou-se que os cuidadores casados eram a maioria (59,4%), seguindo-se os solteiros (29%) e os viúvos (8,7%). Da amostra, 2,9% não quiseram responder sobre seu estado civil.

O estudo realizado por Pera (2012), denominado “Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes”, incluía 52 cuidadores familiares, predominando o género feminino (75%). No estudo de Mata, Pimentel e Sousa (2012), com a temática “Contextos de investigação em Saúde: Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador “ imperava o género feminino como cuidador (88,4%) e 11,6% correspondia ao género masculino.

Os cuidadores informais apresentavam uma média de idade de 58,25 anos (mínimo de 24 e máximo de 93) (Pera, 2012). Igual situação foi mencionada por Mata, Pimentel e Sousa (2012), que alcançaram uma média de idades bastante semelhante (57,96 anos).

Pera (2012) demonstrou que a maioria dos cuidadores inquiridos eram casados (69,2%). Igual situação foi mencionada no estudo de Mata, Pimentel e Sousa (2012) onde 79,3% eram casados.

Quanto às habilitações literárias dos cuidadores 56,6% possuía estudos primários. Os cuidadores referiram, que a nível profissional, na sua maioria eram reformados (38,5%), 34,6% exerciam uma profissão e 21,2% eram domésticas (Pera, 2012).

Saraiva (2011), numa investigação intitulada “O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador” revelou na sua investigação que a grande maioria dos cuidadores por ele inquiridos, 22 dos 26 cuidadores, tinham uma idade superior aos 45 anos, sendo que o maior número deles (34,62%) situava-se na faixa etária acima dos 65 anos de idade. Verificou que a maioria eram casados (57,69%), seguidos dos viúvos (23,08%) e solteiros (15,38%) e por fim dos divorciados (3,85%). A maior parte dos inquiridos (84,62%) eram cuidadores do sexo feminino e somente 15,38% da amostra eram cuidadores do sexo masculino. No que respeita ao grau de instrução, observou-se que 30,77% da amostra eram cuidadores que possuíam a 4ª classe, 19,23% da amostra situava-se no nível do 3º ciclo do ensino básico ou 9º ano, 15,38% eram cuidadores com licenciatura e 11,54% da amostra em todas as restantes categorias (2º ciclo do ensino básico ou 6º ano, ensino secundário ou 12º ano e Bacharelato).

Relativamente à situação profissional do cuidador informal, apurou-se que em Tondela, 42,3% da amostra de cuidadores, se enquadrava na categoria dos reformados; 34,62% da amostra, ainda se encontrava empregado; 11,53% do total de cuidadores tinham um trabalho não remunerado, normalmente ligado às atividades domésticas e agrícolas; as restantes categorias (desempregado e pensionista) incluíam de forma igual 3,85% da amostra (Saraiva, 2011).

### 3.3 – CARACTERIZAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Como já foi referido anteriormente, o papel desempenhado pelo cuidador informal é complexo, devido ao elevado número de atividades com que se vê confrontado e tem

necessidade de realizar. Desta forma, conhecer de que forma, as diversas variáveis e fatores inerentes ao ato de cuidar influenciam a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, torna-se fundamental no sentido de reunir estratégias para eliminar, ou pelo menos minimizar fatores de stress.

Pacheco e Rocha (2013), referindo o estudo transversal com 110 cuidadores informais do Conselho de Faro por eles efetuado, tendo por objetivo perceber o stress e *coping* do cuidador informal, concluíram que no que se refere às variáveis de ajudas formais e informais recebidas pelos cuidadores informais, 58,2% recebiam ajuda de cuidadores secundários. A ajuda formal concedida por particulares existiu em 14,5%. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) prestaram apoio em 16,4% dos casos e mais de 90% da amostra recebeu ajuda do apoio domiciliário de enfermagem do SNS. Quase metade dos cuidadores não recebia qualquer apoio informal.

Ferreira (2013), num estudo que pretendia avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com dependência apurou que, em 40% dos casos, os cuidados eram prestados pela esposa e em 30% por filhas. Dos entrevistados, 25% responderam outro grau de parentesco, designadamente irmã ou amiga próxima da família e apenas 5% respondeu nora/genro. No entanto, Pera (2012), sobre a avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes e que incluía 52 cuidadores familiares, verificou que a maioria dos cuidadores inquiridos no seu estudo eram filhas (50%) da pessoa dependente, corroborado pelo estudo concluído por Mata, Pimentel e Sousa (2012), que apresentava maioritariamente as filhas (46,6%) como cuidadoras do idoso dependente.

Verificou que 90% dos cuidadores entrevistados asseguravam cuidados entre 21 a 24 horas/dia. Unicamente 10% dos entrevistados referiram cuidar entre 1 a 4 horas/dia. Analisando as redes de suporte prestadas aos cuidadores informais, constatou-se que 75% dos cuidadores referiu não receber qualquer apoio informal, sendo que 25% mencionaram resposta positiva. Relativamente ao suporte formal, averiguou-se que 50% dos cuidadores recebiam algum tipo de apoio de uma rede de suporte formal, os restantes 50% não recebiam. Ainda Ferreira (2013), segundo os dados colhidos, constatou, que 90% dos entrevistados afirmavam que habitavam com a pessoa dependente.

A grande maioria dos cuidadores informais inquiridos por Cordeiro (2011), na sua investigação sobre as dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, eram filhos ou cônjuges do idoso (79,4%). Sendo claro que os cuidadores informais que predominavam eram, filhas (52,4%). No que respeita ao facto de o cuidador ter mais alguém a quem prestar cuidados, verificou-se que 82,5%, afirma não ter mais ninguém para cuidar a não ser a pessoa dependente em questão. Quanto às razões mais mencionadas para ser o

principal cuidador contatou-se que 46% o eram por iniciativa própria e 39,7% assumiram esse papel por serem a única pessoa disponível para o fazer. Da totalidade da amostra, 82,5% não prestavam apoio e/ou cuidados a outras pessoas dependentes e 17,5% referiam que sim, sendo as mulheres que apresentavam maior percentagem nesta situação com 21,3%.

No que respeita à distribuição da amostra em função do tempo de prestação de cuidados, observou-se que a maioria dos cuidadores informais (52,4%) adotaram esse papel há mais de 4 anos e 25,4% prestavam cuidados num intervalo de tempo de 6 meses a 1 ano. Dos restantes, 15,9% dos inquiridos prestavam cuidados há mais de um 1 e menos de 2, e apenas 6,3% há mais de 2 e menos de 4 anos. Quanto ao tempo que o cuidador informal passa junto do idoso, averiguou-se que a maioria (75,6%) passava mais de 6 horas/dia, sendo que, 34,9% correspondia àqueles que passavam de 18 a 24 horas diárias. Os cuidadores informais do sexo feminino passavam mais horas junto do idoso, principalmente na categoria das 18 a 24 horas (38,3%) face aos 25% do sexo masculino (Cordeiro, 2011).

Quanto ao facto do cuidador receber ou não algum tipo de apoio na prestação de cuidados, a maioria (66,7%) referiu ter ajuda de alguém para cuidar do idoso, já 33,3% referiu não dispor dessa ajuda, sendo este resultado mais expressivo no sexo feminino. Quem mais ajudava os cuidadores informais do sexo feminino eram os maridos (27,3%), seguidos dos filhos (19%), empregadas (19%) e irmãos (15,2%). No entanto, os cuidadores informais do sexo masculino, referiram, em primeiro lugar a empregada (33%), seguida dos filhos (22,2%) e só depois os restantes familiares. Quanto ao apoio formal, a maioria dos cuidadores informais, 57,1%, referiu não receber qualquer tipo de ajuda ou apoio de qualquer instituição e 50,8% referiu não ter a quem recorrer se precisar de ajuda financeira, sendo estes dois aspetos ligeiramente mais acentuados no sexo feminino (Cordeiro, 2011).

Da análise da variável “com quem mora o idoso”, pôde observar-se que a maioria morava com o cuidador informal (52,4%), 30,2% moravam com a esposa e 12,7% moravam sozinhos. Quanto ao local de habitação do idoso, 61,9% morava na sua habitação, enquanto 31,7% morava na casa do cuidador informal. Do total da amostra, 44,4% de idosos deslocavam-se pelo seu pé, 34,9% deslocavam-se apenas de maca e 20,6% necessitavam de uma cadeira de rodas. O transporte mais utilizado pelo idoso no acesso aos serviços de saúde era o transporte por parte de familiares e vizinhos (42,9%), seguido da ambulância (41,3%) (Cordeiro, 2011).

Machado, S. C. G. (2012), dos 69 idosos por ele inquiridos no seu estudo intitulado “Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana”, no que diz respeito ao grau de parentesco do

cuidador informal face ao idoso verificou que a maioria eram filhas (37,7%), seguido das esposas (18,8%), das sobrinhas (7,2%) das irmãs, noras e filhos com 5,8%, igualmente. Existiam ainda sobrinhos a desempenhar o papel de cuidadores (1,4%).

Das razões apontadas pelos cuidadores para cuidarem do seu familiar, destacaram-se a relação de parentesco entre o cuidador e o idoso (81,2%), por gostarem de ajudar (10,1%), porque os restantes membros da família não podiam (4,3%), por acharem que deviam realizar essa atividade por tudo que o idoso já lhes tinha feito (2,9%) e finalmente, porque tinham pena (1,4%). Quanto ao tempo de prestação de cuidados, 37,7% faziam-no desde 1 a 4 anos, 24,6% entre 5 e 10 anos e com idêntico percentual os que cuidavam há mais de 10 anos. Foram identificados 13% que eram cuidadores entre 6 meses e 1 ano. A maioria dos inquiridos (72,5%) dedicava mais de 12 horas diárias aos cuidados, seguindo-se os que o faziam entre 5 a 12 horas (24,6%). Poucos eram aqueles (2,8%), que o faziam durante 2 e 5 horas (Machado, S. C. G., 2012).

No que respeita ao apoio prestado aos cuidadores, estes referiam receber apoio da rede social, em 52,2% dos casos. Primeiramente, o apoio prestado por um cuidador informal (55,6%) que não era identificado por relações familiares e maritais, seguindo-se os que recebiam apoios de familiares diretos e cônjuges (44,4%) (Machado, S. C. G., 2012).

Pera (2012), no seu estudo realçou que a maioria (82,7%) dos cuidadores residia com o idoso dependente. Estes resultados corroboram o estudo designado, “Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação”, realizado por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), constatando-se que a maioria (92%) coabitava com o idoso dependente. Quanto ao tempo exercido como cuidador, existe maior prevalência (75%) entre 1 a 5 anos. Também Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), encontraram a mesma situação, referindo que a prestação de cuidados tinha a duração maioritária (58%) de 1 a 5 anos.

Cordeiro (2011), cuja investigação pretendia perceber as dificuldades e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes, de forma a poder analisar e comparar os vários fatores do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) entre si, os seus valores foram transformados em percentagens. Sendo assim, o mínimo possível é 0 e o máximo é 100 (que equivale a 100%).

Constatou-se que existiam, em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentavam sobrecarga mínima de 0 (nenhuma sobrecarga) e sobrecarga próxima de 100 (sobrecarga máxima possível). Apenas nas *Reações a Exigências* o máximo registado era inferior a 90% (valor máximo de 65). Os fatores onde, em média, os cuidadores informais

apresentavam maior sobrecarga eram: *Implicação na Vida Pessoal* ( $\bar{x}=50,25 \pm Dp=21,12$ ); *Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $\bar{x}=45,37 \pm Dp=22,59$ ) e na *Sobrecarga Emocional* ( $\bar{x}= 43,65 \pm Dp= 22,94$ ). Os fatores que apresentaram uma média mais baixa de sobrecarga foram: *Satisfação com o Papel e com o Familiar* ( $\bar{x}=26,11 \pm Dp=24,91$ ); *Reações a Exigências* ( $\bar{x}=27,14 \pm Dp=17,95$ ) e *Suporte Familiar* ( $\bar{x}=35,17 \pm Dp=32,83$ ). Em função do género percebeu-se uma maior discrepância no fator *Suporte Familiar*, onde era perceptível a maior falta de apoio ao sexo feminino (Cordeiro, 2011).

Ainda no estudo de Cordeiro (2011), as dificuldades percecionadas pelo cuidador informal foram avaliadas pelo CADI.

O score relativo às dificuldades percecionadas pelos prestadores de cuidados variou entre um mínimo de 31 e um máximo de 117, sendo que o valor mínimo admitido é 30 e o máximo 120. A média foi de 67,38 (Dp=18,07), sendo que os valores encontrados são idênticos em função do género (Cordeiro, 2011).

Foram calculadas as percentagens ponderadas de cada dimensão. Como se pôde verificar, em praticamente todas as dimensões, existiam cuidadores informais que apresentavam o valor mínimo de 0 (nenhuma dificuldade) e valor máximo de 100 (que equivale a 100%). Os fatores onde, em média, os cuidadores informais apresentavam maiores dificuldades eram: *Exigências do Cuidar* ( $\bar{x}=52,76 \pm Dp=26,37$ ); *Reações ao Cuidar* ( $\bar{x}=45,63 \pm Dp=21,79$ ) e *Restrições Sociais* ( $\bar{x}=43,54 \pm Dp=23,96$ ). O sexo feminino (44,58) apresentava um valor médio de dificuldades superior ao sexo masculino (40,48) (Cordeiro, 2011).

O valor médio de dificuldades com valor mais baixo correspondia à dimensão *Problemas Relacionais* ( $\bar{x}=30,22 \pm Dp=24,8$ ). Nesta dimensão o sexo masculino apresentava maiores dificuldades ( $\bar{x}=35,42 \pm Dp=24,34$ ), face ao sexo feminino ( $\bar{x}=28,46 \pm Dp=24,96$ ). Continuando a análise do género verificou-se outra diferença considerável no *Apoio Familiar* ao cuidador informal, onde foi perceptível uma maior falta de apoio no sexo feminino ( $\bar{x}=37,79 \pm Dp=38,46$ ), do que no sexo masculino ( $\bar{x}=30,20 \pm Dp=31,75$ ) (Cordeiro, 2011).

Os resultados de Cordeiro (2011) revelaram a confirmação de efeitos significativos da variável “dependência do idoso nas ABVD’s” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador. Observou-se, com valores estatisticamente muito significativos ( $p < 0,01$ ), que os cuidadores informais de idosos com dependência severa ou total, apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os cuidadores informais de idosos com dependência ligeira ou independentes.

Relativamente à influência da variável “género”, os resultados mostraram que existia uma homogeneidade nos scores médios obtidos nas sete dimensões do QASCI, bem como nas

seis dimensões do CADI, não havendo diferenças significativamente estatísticas entre o sexo masculino e feminino (Cordeiro, 2011).

Dos 52 cuidadores inquiridos por Pera (2012), no seu estudo denominado “Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes”, estabeleceu comparação entre a sobrecarga do cuidador segundo o género, e verificou que as mulheres evidenciavam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões quando comparadas aos homens. Aplicou ainda a escala CADI em 52 cuidadores e comparou médias das dificuldades segundo o género, verificando que o género feminino apresentava médias mais elevadas de dificuldades na maioria das dimensões, exceto na dimensão falta de *Apoio Profissional*. As diferenças eram significativas nas dimensões: *Reações ao Cuidar*, *Exigências do Cuidar*, *Problemas Relacionais* e no nível global das dificuldades.

Existia uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a “*idade*” e a dimensão *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo*, o que levou o autor a concluir que quanto mais velhos eram os cuidadores maior era a sobrecarga inerente a esta dimensão. Revelaram-se associações muitíssimo significativas ( $p < 0,001$ ) entre a idade e a dimensão *Exigências do Cuidar* ( $r = 0,459$ ); associações muito significativas ( $p < 0,01$ ) com o CADI total ( $r = 0,342$ ); e associações ligeiramente significativas ( $p < 0,05$ ) entre a idade e a dimensão *Reações ao Cuidar* ( $r = 0,317$ ). O facto de as associações serem positivas significa que quanto maior a idade maiores eram as dificuldades (Cordeiro, 2011). Segundo Pera (2012) as pessoas com idades entre os 40 e 49 anos apresentavam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões, exceto na dimensão *Perceção de Autoeficácia*, assim como de dificuldades na maioria das dimensões, exceto *Apoio Familiar*.

Quanto ao efeito da variável “*estado civil*” na sobrecarga do cuidador informal constatou-se que os valores médios de sobrecarga eram, na generalidade, muito idênticos nos vários grupos. Em relação ao efeito do estado civil nas dificuldades sentidas pelo cuidador informal, a análise dos valores médios revelou que os cuidadores informais viúvos apresentavam maiores dificuldades a todos os níveis exceto na dimensão *Apoio Familiar*, quando comparados com os restantes grupos. Todavia, estas diferenças não eram estatisticamente significativas nos diversos fatores e total do CADI (Cordeiro, 2011). Pera (2012) comparando as médias de sobrecarga com o estado civil observou que o estado civil de separado apresentava médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões exceto na dimensão *Perceção de Autoeficácia*, *Restrições de Sociais*, não se tendo verificado significância estatística, neste último item.

Machado, S. C. G. (2012) concluiu que existiam de diferenças significativas ( $p = 0,006$ ) nas médias da sobrecarga do cuidador em relação ao “*nível de escolaridade*” tendo-se verificado,

que eram os analfabetos e os que tinham baixo nível de escolaridade que apresentavam maiores níveis de sobrecarga.

Gratão (2010), no seu estudo sobre a “Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade”, mencionou que relativamente à escolaridade, grande parte dos cuidadores estudou apenas até o 4º ano, sendo esta uma das variáveis que apresentava maior significância sobre os níveis de sobrecarga.

No estudo de Rondini, Justo, Filho, Lucca e Oliveira (2011), analisando as relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos de Assis em São Paulo, demonstraram que quanto menor o nível de escolaridade do cuidador informal, maior a sobrecarga percebida pelo mesmo no desempenho das suas funções de cuidar.

No estudo levado a cabo por Pera (2012) verificou-se que cuidadores com estudos secundários demonstravam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões. Os cuidadores que possuíam estudos secundários apresentavam médias mais elevadas de dificuldades na maioria das dimensões, exceto na dimensão de *Apoio Familiar* e nos *Problemas Relacionais*.

Considerando o efeito da variável “situação laboral” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, a análise dos valores médios indicou que aqueles que se encontravam empregados apresentavam menor sobrecarga que os restantes grupos na maioria dos fatores e no total dos dois índices. Quanto à influência da situação laboral sobre o CADI, revelou-se um efeito muito significativo da variável no fator *Exigências do Cuidar*. Os cuidadores informais reformados apresentavam mais dificuldades, revelando maior cansaço físico, que os empregados. A generalidade dos dados indicou que os cuidadores informais sem atividade profissional atingiam níveis de sobrecarga e de dificuldades superiores, quando comparados com os cuidadores informais ativos que desempenhavam uma atividade profissional (Cordeiro, 2011).

“A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer” foi estudado por Seina e Lenardt (2011) que, concluíram que, também o facto de a maioria dos cuidadores inquiridos neste estudo (n=121; 58%) não possuir um emprego, potencializou a sobrecarga financeira.

No que concerne ao efeito do “rendimento mensal” do cuidador informal no índice de sobrecarga observou-se um efeito significativo desta variável sobre o fator *Sobrecarga Financeira*. Verificou-se que os cuidadores informais com rendimentos inferiores a 500€ apresentavam maior *Sobrecarga Financeira* e mais dificuldades em 13 dos 30 itens da escala, embora não se observassem diferenças estatisticamente significativas com a totalidade dos fatores e com os totais dos dois índices (QASCI e CADI) (Cordeiro, 2011). Machado, S. C. G.

(2012) verificou que os cuidadores com nível socioeconómico inferior apresentavam uma sobrecarga superior, podendo este dado ser considerado altamente significativo ( $p < 0,01$ ).

Constatou-se que os cuidadores informais que tinham melhor "percepção 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 percepção de um menor nível de saúde (saúde "Fraca" ou "Muito Fraca"), revelando que os sujeitos que apresentavam menor percepção do estado de saúde apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades (Cordeiro, 2011).

Considerando o efeito da variável "grau de parentesco" entre o cuidador informal e o idoso, a globalidade dos resultados mostrou não se verificar a existência de efeitos significativos desta variável sobre os vários fatores do QASCI e do CADI (Cordeiro, 2011).

No estudo de Pera (2012) as filhas cuidadoras evidenciavam médias mais elevadas de sobrecarga global. As noras que apresentavam na dimensão *Relação Interpessoal* médias globais mais elevadas de sobrecarga. Os irmãos e as noras ostentavam níveis iguais de sobrecarga na dimensão *Expectativas Face ao Cuidar*. Na dimensão *Percepção de Autoeficácia* eram os irmãos e os netos que evidenciavam médias superiores de sobrecarga. Em relação ao grau de parentesco evidenciaram-se as dificuldades sentidas pelos netos nas seguintes dimensões: *Total de CADI*, *Exigências do Cuidar*, *Restrições na Vida Social*, *Falta de Apoio Financeiro* e *Problemas Relacionais*. As noras mostravam médias superiores de dificuldades na dimensão *Reações ao Cuidar*, as filhas revelavam médias de dificuldades mais elevadas no item *Apoio Familiar*, as médias das dificuldades percebidas pelos irmãos eram mais elevadas no fator *Apoio Profissional*. As diferenças eram significativas nas dimensões: *Reações ao Cuidar*, *Exigências do Cuidar*, *Apoio Profissional* e *Total de CADI*.

Observou-se que os cuidadores informais que apontaram a "razão do cuidar" - por iniciativa própria revelavam menor sobrecarga que aqueles que apontaram a razão - por ser a única pessoa que poderia desempenhar esse papel ou por decisão familiar, no entanto não existiram diferenças significativas entre os três grupos no total do QASCI. Quanto ao efeito desta variável sobre as dificuldades, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos (Cordeiro, 2011).

Os dados obtidos foram divididos em dois grupos: cuidadores informais que cuidavam há menos de 4 anos e cuidadores informais que cuidavam há mais de 4 anos. O autor afirmou que, embora a análise dos valores médios assinalasse, no total, uma maior sobrecarga e mais dificuldades dos cuidadores informais que cuidavam há mais de 4 anos, na generalidade não se verificaram efeitos significativos da variável "duração dos cuidados" sobre os dois índices em estudo (Cordeiro, 2011). Contrariamente, Pera (2012) correlacionou o tempo de cuidado

e a sobrecarga e constatou que existia uma correlação significativa.

Constatou-se quanto à “*intensidade dos cuidados*” que os cuidadores informais que passavam mais de 12 horas junto do idoso apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades comparativamente àqueles que passavam entre 6 a 12 horas e aqueles que estavam menos de 6 horas com o idoso. Todavia, não se observaram resultados estatisticamente significativos sobre todos os fatores, mas as diferenças encontradas foram suficientes para influenciar significativamente o total de ambos os índices (Cordeiro, 2011).

Observou-se uma homogeneidade dos valores médios de sobrecarga e dificuldades em todos os itens do QASCI e do CADI, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em ambos os índices relativamente ao facto do cuidador receber “*ajuda de outras pessoas*” (Cordeiro, 2011).

Averiguou-se que os cuidadores informais que recebiam “*ajuda de alguma instituição*” possuíam maiores níveis de sobrecarga e de dificuldades em todas as dimensões dos dois índices, à exceção da dimensão *Reação a Exigências do Cuidar* do QASCI, verificando-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em vários fatores dos dois índices (Cordeiro, 2011).

Considerando os índices de sobrecarga e de dificuldades percecionadas pelo cuidador informal verificaram-se unicamente a existência de: um efeito ligeiramente significativo sobre a dimensão *Sobrecarga Financeira*, revelando os cuidadores informais, que afirmavam ter “*apoio na sua ausência*”, menor sobrecarga financeira e um efeito ligeiramente significativo sobre a dimensão *Exigências do Cuidar*, ou seja, eram os cuidadores informais que não tinham apoio se precisassem de se ausentar que demonstravam maior cansaço físico e desgaste face aqueles que tinham apoio (Cordeiro, 2011).

Quanto ao QASCI, referindo agora a “*ajuda financeira*”, existiam diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões *Implicações na Vida do Cuidador Informal* ( $p < 0,05$ ), *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $p < 0,05$ ), *Sobrecarga Emocional* ( $p < 0,01$ ), *Sobrecarga Financeira* ( $p < 0,001$ ) e QASCI total ( $p < 0,01$ ). Embora não se verificassem diferenças significativas que influenciassem o total do CADI, os cuidadores que não tinham com quem contar se precisassem de ajuda financeira apresentavam mais dificuldades em 13 itens dos 30 possíveis. Os cuidadores informais que possuíam ajuda financeira mostravam menores níveis de sobrecarga e de dificuldades, em praticamente todos os fatores dos dois índices (Cordeiro, 2011).

Quanto à variável “*coresidência*”, os cuidadores informais que não habitavam com o idoso diferenciavam-se, de forma estatisticamente significativa, dos cuidadores informais que

residiam com o idoso, revelando estes últimos maiores níveis de sobrecarga. Relativamente às dificuldades, os cuidadores informais que residiam com o idoso também revelaram maiores dificuldades (Cordeiro, 2011).

Correlacionando os totais dos “índices de sobrecarga e do índice das dificuldades” do cuidador verificou-se uma associação muito forte e muitíssimo significativa do ponto de vista estatístico. Significando, que quanto maior eram as dificuldades maiores eram também os níveis e sobrecarga do cuidador informal (Cordeiro, 2011).



## **2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**



## 4 – METODOLOGIA

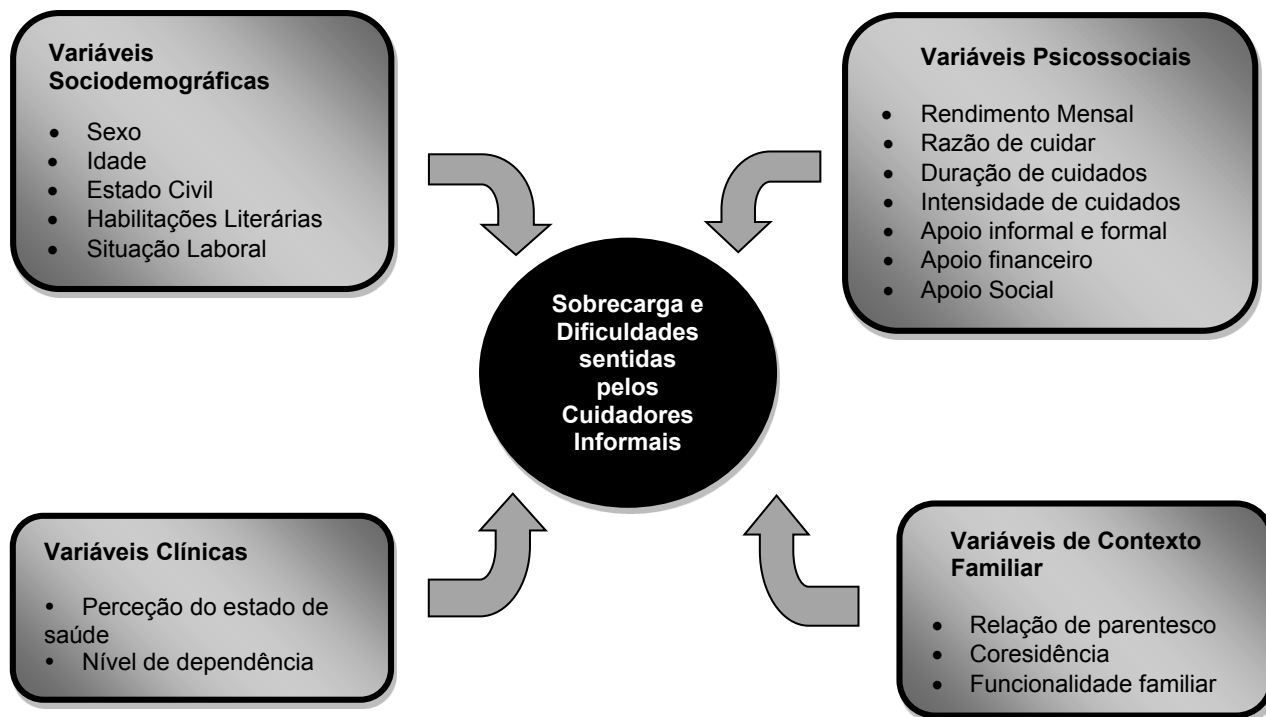
Em qualquer investigação é essencial proceder ao enquadramento da metodologia, que pressupõe um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação pelo que, no presente capítulo, pretende-se dar corpo aos aspetos metodológicos do estudo, de modo a precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que prescreverá os dinamismos conducentes à realização da investigação. Pretende-se assim, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando primeiramente relevo, tal como salienta Fortin (2009), à conceptualização da investigação empírica, com relevo para o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos, seguida da caracterização dos participantes e, finalmente, à descrição do método de colheita de dados, bem como dos procedimentos que estiveram subjacentes à colheita e tratamento dos mesmos.

### 4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A definição de um modelo conceptual assume-se, no âmbito de um estudo empírico, como elemento de importância *major* delineado de modo a estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia. Ou, dito de outro modo, “a conceptualização ajuda a organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não equívoca” (Gauthier, 2003, p.121). Assim sendo, e em termos práticos, a estrutura conceptual que servirá de referência a este estudo e que em seguida se apresenta tem como finalidade identificar as variáveis em análise e as eventuais relações existentes entre elas (cf. Figura 1).

Interessa salientar que o modelo conceptual exposto pretende essencialmente identificar as variáveis que hipoteticamente podem estabelecer relação estatisticamente significativa com a sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, pelo que a sua principal finalidade é servir de referencial orientador da investigação permitindo igualmente um enquadramento estrutural lógico do estabelecimento de hipotéticas associações entre variáveis em estudo na presente investigação.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



Relativamente à definição das variáveis, consideramos a *Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador Informal* como variável dependente, e como variáveis independentes definimos as variáveis de contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação laboral), de contexto clínico (perceção do estado de saúde e nível de dependência), contexto familiar (relação de parentesco, coresidência e funcionalidade familiar) e variáveis de contexto psicossocial (Rendimento Mensal, Razão de cuidar, Duração da prestação de cuidados, Intensidade de cuidados, Apoio informal e formal, Apoio financeiro e Apoio Social). Considerámos ainda um conjunto de variáveis atributo de natureza sociodemográfica, clínica e psicossocial (profissão, situação patológica, antecedentes pessoais, tempo de dependência, forma de deslocação, zona de residência, características da habitação, meio de transporte, distância aos serviços de saúde e existência de mais alguém para cuidar), com o objetivo de complementar a análise descritiva dos sujeitos inquiridos. De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos fatores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita num dos seguintes subcapítulos (4.3), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

Partindo do princípio de que a seleção do instrumento metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objeto da pesquisa, à operacionalização dos objetivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Pereira & Poupa, 2004; Hill & Hill, 2005; Pestana & Gageiro, 2008), a presente investigação insere-se num estudo não experimental, de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo-correlacional. Especificamente, não experimental e de natureza quantitativa, dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, e transversal e descritivo-correlacional porque irá ser realizado num período de tempo determinado e pressupor a descrição de um conceito relativo a uma população, de maneira a perceber as características da amostra dessa mesma população, examinando o estabelecimento de relações entre variáveis (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2009).

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e do fundamento prévio de que o cuidar da pessoa dependente poderá estar associado ao desenvolvimento de significativas repercussões, a nível físico, psicológico, social e familiar, no cuidador, levou a assumir-se como questão de investigação no âmbito da presente pesquisa a seguinte: ***“Quais os determinantes que influenciam o nível de sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa dependente?”***.

A questão levantada é de extrema pertinência, não só pela relevância clínica, como também devido à importância de desenvolver o nosso conhecimento no que diz respeito à retaguarda que deverá ser prestada ao cuidador informal, no sentido de diminuir a sobrecarga e dificuldades sentidas pelo mesmo aquando do desempenho do seu papel. Desta forma, também se responde a uma pretensão profissional no que concerne à prática de qualquer enfermeiro e muito particularmente especializada no domínio da Enfermagem da Reabilitação adaptada ao contexto da Saúde na Comunidade. Como tal pretendemos, com a presente investigação, atingir o seguinte objetivo geral:

- Conhecer o nível de sobrecarga e dificuldades sentido pela pessoa que desempenha o papel de cuidador informal da pessoa dependente, e subseqüentemente os seus determinantes.

Deste objetivo geral que pretende ser atingido, emergem alguns objetivos específicos, no sentido de orientar o rumo do presente estudo, são eles:

- Determinar em que medida variáveis de contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação laboral) influenciam a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;

- Identificar a influência que determinadas variáveis clínicas (percepção do estado de saúde e nível de dependência) têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Verificar de que forma as variáveis de contexto psicossocial (rendimento mensal, razão de cuidar, duração da prestação de cuidados, intensidade de cuidados e apoio informal e formal) têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Determinar a influência que as variáveis funcionalidade familiar e o apoio social têm sobre a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de utentes integrantes em UCCLDM;
- Contribuir para o aumento de conhecimento nesta área no sentido de alterar algumas práticas dos profissionais de saúde, no sentido de atenuar os fatores de maior impacto.

#### 4.2 – PARTICIPANTES

A população em estudo reporta-se aos cuidadores informais de pessoas dependentes, ou seja, pessoas que por algum motivo (doença ou acidente) não sejam capazes de satisfazer pelo menos uma das suas ABVD's de forma independente.

Sendo a amostra constituída por elementos representativos da população, esta é caracterizada como sendo não probabilística, acidental e por conveniência. Segundo Fortin (2009) e Machado, A. (2012) é uma amostra não probabilística, porque se trata de um procedimento de seleção, onde cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido, para além disso é acidental pois é constituída por indivíduos que estão acessíveis e presentes num local determinado, num preciso momento.

A amostra em estudo, define-se por critérios de inclusão, ou seja, características essenciais dos elementos da mesma. Através de determinados critérios é feita uma seleção das características que se pretendem encontrar na amostra, isto com o objetivo de a tornar a mais homogénea possível (Fortin, 2009).

No presente estudo definiram-se como critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Os cuidadores informais teriam de responder ao questionário nas primeiras duas semanas de internamento do utente na instituição (UCCLDM);

- O cuidador informal teria de ser o cuidador principal da pessoa dependente, familiar ou não, e não podia receber remuneração por essa função;
- Se o cuidador informal cuida de mais que uma pessoa, as suas respostas teriam de ser respeitantes à pessoa que se encontra institucionalizada numa das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) em estudo;
- O cuidador teria de prestar cuidados à pessoa dependente há pelo menos 3 meses, sendo responsável pelo essencial do cuidar e não ser apenas um cuidador ocasional e esporádico.

No presente estudo, a amostra é constituída por 71 cuidadores informais, cujos utentes se encontram internados em UCCI's, de tipologia de Longa Duração e Manutenção, pertencentes ao distrito de Viseu e coordenadas pela ECR do Centro: Associação de Solidariedade Social de Farminhão; Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva; Santa Casa da Misericórdia de Castro Daire (Unidade de Cuidados Continuados Nini Lacerda); Santa Casa da Misericórdia de Mangualde; Santa Casa da Misericórdia de Mortágua; Santa Casa da Misericórdia de Nossa Senhora dos Milagres de Oliveira de Frades; Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão; Santa Casa da Misericórdia de Santar e Santa Casa da Misericórdia de Vouzela. Complementarmente ao cuidador informal, por vezes houve necessidade de serem os enfermeiros a exercer funções nas referidas UCCI's a preencherem as perguntas correspondentes ao Índice de Barthel, no sentido de avaliar o grau de dependência dos utentes, por os cuidadores referirem dificuldade no seu preenchimento. De salientar, que destes 71 cuidadores informais a maioria é do sexo feminino (64,79%), são casados (83,2%), residem essencialmente em aldeias (50,7%) e com uma média de idades de 53,73 anos ( $Dp=12,001$ ). O grupo etário mais representativo situa-se entre os 42 e 62 anos (70,4%).

As UCCI's supra referenciadas são as apresentadas no seguinte quadro, com realce para o número de camas que possuem para a tipologia de longa duração, mas também de média duração, pois algumas destas UCCI's possuem, também, camas de média duração.

Quadro 1 – UCCI's do distrito de Viseu, coordenadas pela ECR Centro e respetivas camas

UCCI's do distrito de Viseu, coordenadas pela ECR Centro	Nº Camas na Tipologia de Longa Duração e Manutenção	Nº Camas na Tipologia de Média Duração e Reabilitação
Associação de Solidariedade Social de Farminhão	30	—
Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva	20	—
Santa Casa da Misericórdia de Castro Daire (Unidade de Cuidados Continuados Nini Lacerda)	17	15
Santa Casa da Misericórdia de Mangualde	38	—
Santa Casa da Misericórdia de Mortágua	12	15
Santa Casa da Misericórdia de Nossa Senhora dos Milagres de Oliveira de Frades	16	8
Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão	16	16
Santa Casa da Misericórdia de Santar	21	—
Santa Casa da Misericórdia de Vouzela	31	—

#### 4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada tendo por base um instrumento de colheita de dados (Anexo 1), no formato de questionário de autopreenchimento que engloba medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa, e que se inicia por uma breve introdução, onde são explanados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos cuidadores informais. Constituído por perguntas abertas e fechadas, é estruturado em 3 Secções.

A Secção I refere-se à caracterização da pessoa dependente contendo um conjunto de informações relativas às suas características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão); antecedentes pessoais; principais causas da dependência e duração da mesma e também informação sobre o rendimento mensal auferido pela pessoa em situação de dependência e sua suficiência/insuficiência. Avalia-se ainda o grau de dependência da pessoa nas suas ABVD's, utilizando-se para o efeito o Índice de Barthel.

De salientar que no processo de operacionalização da variável profissão foi utilizada a matriz da Classificação Nacional de Profissões (CNP) (cf. Quadro 2). Os grandes grupos profissionais incluem, em cada um deles profissões que de alguma forma estão ligadas entre si pela formação que exigem e pelo tipo de trabalho realizado (Instituto de Emprego e Formação Profissional - IEFP, 2013), conforme estruturação apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Profissões agregadas em grupos segundo a CNP

Grande Grupo	Designação
1	Quadros superiores da Administração Pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas
3	Técnicos e profissionais de nível intermédio
4	Pessoal administrativo e similares
5	Pessoal dos serviços e vendedores
6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
7	Operários, artífices e trabalhadores similares
8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
9	Trabalhadores não qualificados

**Fonte:** IEFP (2013). *CNP*. Acedido em <http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp/quadros-superiores-da-adminstracao-publica/>.

O **Índice de Barthel**, da autoria de Mahoney e Barthel (1965), é um instrumento de medida muito utilizado a nível internacional e nacional. Tem como objetivo avaliar o nível de independência do indivíduo na realização de dez ABVD's: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência da cadeira-cama e deambulação. Cada uma das atividades apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que a dependência total corresponde ao valor 0 e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos (Sequeira, 2007). O seu total pode variar de 0 a 100 pontos numa escala de 10 itens, variando inversamente o seu grau de dependência. Neste sentido, quanto maior for a pontuação menor é o grau de dependência: 90 a 100 – independente; 60 a 89 – ligeiramente dependente; 40 a 59 – moderadamente dependente; 20 a 39 – severamente dependente e menor que 20 – totalmente dependente (Grelha, 2009). Revela uma boa consistência interna com *alfa de Cronbach* de 0,89 ( $\alpha=0,89$ ).

A **Secção II** consiste na caracterização do cuidador informal quanto às suas características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, rendimentos e residência) e perceção do seu estado de saúde.

Na **Secção III** procede-se à caracterização circunstancial com a incorporação de questões sobre: o grau de parentesco com a pessoa dependente; se existe mais alguém que tenha de cuidar; quais as razões que o levaram a ser cuidador; há quanto tempo presta cuidados e qual o tempo médio que passa, por dia, junto da pessoa de quem cuida; quais as ajudas que possui tanto a nível familiar como a nível institucional; com quem mora a pessoa dependente e as características da habitação; como se desloca e qual o transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde assim como a distância ao serviço de saúde mais próximo, tendo sido criados, para este último, grupos de coorte em função da média  $\pm 1 Dp$  (Pestana & Gageiro, 2003).

Nesta secção pretende-se ainda avaliar a funcionalidade familiar (Escala de Apgar Familiar) e o apoio social recebido e percebido (Escala de Apoio Social - EAS). Avalia-se também, a sobrecarga do cuidador informal e a caracterização das dificuldades no desempenho desse papel através do QASCI e do CADI, respetivamente.

A **Escala de Apgar Familiar** foi criada por Smilkstein e permite avaliar a funcionalidade familiar e foi adaptada à população portuguesa por Azeredo e Matos (1998). É formada por cinco questões que avaliam a qualidade do relacionamento dos indivíduos com os familiares. Cada uma das questões admite três tipos de resposta e cotações, “quase sempre” (2 pontos), “algumas vezes” (1 ponto) e “quase nunca” (0 pontos). A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas varia de 0 a 10 pontos e corresponde ao resultado global da escala. Uma pontuação de 7 a 10 pontos sugere uma família “altamente funcional”, de 4 a 6 pontos refere-se a uma família com “moderada disfunção” e de 0 a 3 pontos uma família com “disfunção acentuada” (Azeredo & Matos, 1998).

A **Escala de Apoio Social (EAS)** tem como objetivo estudar aspetos funcionais do apoio social, avaliando a disponibilidade percebida de apoio emocional, instrumental e informativo (Matos & Ferreira, 2000). É constituída por 16 questões tipo *likert* com cinco pontos, agrupadas em três fatores: apoio informativo, apoio emocional e apoio instrumental (cf. Quadro 3). Estas dimensões mostraram uma boa consistência interna ( $\alpha > 0,8$ ) (Yaffee, 1999 e Garson, 2006 cit. por Marques, Correia, Pires & Pereira, 2010). Pontuações mais baixas correspondem a níveis baixos de apoio social e mais altas, a níveis mais elevados de apoio social. Desta forma, realizou-se uma estratificação por grupos de coorte em função da média  $\pm 1$  Dp (Pestana & Gageiro, 2003). Assim, o resultado global pode ser de 16 a 36, a que corresponde a “Baixo nível de apoio social”, de 37 a 65 que corresponde a “Moderado nível de apoio social” e de 66 a 80 “Alto nível de apoio social”.

Quadro 3 – Fatores da EAS

Dimensão	Itens
Apoio Informativo	1, 6, 7, 8, 9, 10
Apoio Emocional	2*, 3, 4, 5*, 11
Apoio Instrumental	12*, 13*, 14*, 15, 16*
* Os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 são cotados inversamente.	

O **Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)** foi aferido e validado para a população portuguesa por Martins, Ribeiro e Garrett em 2003. Consiste

numa escala de auto resposta constituída por 32 itens, a que corresponde uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5, em que as possibilidades de resposta a cada item são: “não/nunca”; “raramente”; “às vezes”; “quase sempre” e “sempre”, respetivamente. Os itens distribuem-se por 7 dimensões: *Sobrecarga Emocional* com 4 itens; *Implicações na Vida Pessoal do Cuidador* com 11 itens; *Sobrecarga Financeira* com 2 itens; *Reações a Exigências* com 5 itens; *Mecanismo de Eficácia e de Controlo* com 3 itens; *Suporte Familiar* com 2 itens e *Satisfação com o Papel e com o Familiar* com 5 itens (Martins, Ribeiro & Garrett 2003).

Quadro 4 – Dimensões do QASCI

Dimensão	N.º de itens	Questões correspondentes
Sobrecarga Emocional	4	1, 2, 3 e 4
Implicações na Vida Pessoal do Cuidador Informal	11	5 a 15
Sobrecarga Financeira	2	16 e 17
Reações a Exigências	5	18, 19, 20, 21, 22
Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo	3	23, 24 e 25
Suporte Familiar	2	26 e 27
Satisfação com o Papel e com o Familiar	5	28, 29, 30, 31, 32

A classificação “não/nunca” corresponde a nenhuma sobrecarga e “sempre” é o nível máximo de sobrecarga observado neste instrumento (Martins, Ribeiro & Garrett 2003).

Segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2003) a dimensão *Sobrecarga Emocional* mostra as emoções negativas evidenciadas no cuidador informal, capazes de desenvolver conflitos internos e desejo de fuga à situação. A dimensão *Implicações na Vida pessoal do Cuidador Informal* avalia repercussões negativas, tais como a diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social. A *Sobrecarga Financeira* consiste nas dificuldades económicas inerentes à situação de dependência do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. A dimensão *Reações a Exigências* integra sentimentos negativos como a perceção de ser manipulado, sentimento de ofensa e/ou stress devido a situações embaraçosas geradas pelo comportamento da pessoa dependente. A *Perceção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo* capacita o cuidador informal para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. O *Suporte Familiar* relaciona-se com a valorização e apoio da família para com o cuidador informal. A *Satisfação com o Papel e com o Familiar* engloba um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva estabelecida entre ambos. Desta forma, o sentido de cotação dos itens nas 3 últimas dimensões deve ser invertido, sendo que os valores mais altos devem corresponder a situações com maior sobrecarga assim como nas restantes dimensões.

Segundo Marques (2007), para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogêneos e possíveis de ser comparados, torna-se fundamental somar os itens de cada dimensão, e subtrair o mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala e por fim, multiplicar o resultado por cem para que a leitura seja efetuada em percentagem.

$$\frac{\Sigma - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{\text{Máx} - \text{Min}} \times 100$$

Martins, Ribeiro e Garrett (2003) referem que a escala total apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,90$ ) pelo que, os autores afirmam ser um instrumento coerente, específico e fiável.

O **Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)** é da autoria de Nolan em 1996, tendo sido adaptada e aferida para a população portuguesa por vários investigadores (Brito, 2002; Sequeira, 2007). É composto por 30 supostas dificuldades relacionadas com o cuidar da pessoa dependente e suas implicações na vida dos cuidadores informais. Sequeira (2007) considera que é um instrumento, válido e fiável, e encontra-se num formato de resposta tipo *likert* de quatro itens: “acontece no meu caso e perturba-me muito”; “acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação”; “acontece no meu caso mas não me perturba” e “não acontece no meu caso”. A análise fatorial permitiu identificar seis dimensões, expressas no seguinte quadro.

Quadro 5 – Dimensões do CADI

Dimensão	N.º de itens	Questões correspondentes
Problemas Relacionais	8	5, 11, 12, 14, 17, 22, 25, 26
Restrições Sociais	7	1, 3, 8, 9, 18, 20, 21
Exigências do Cuidar	7	6, 10, 13, 15, 19, 23, 24
Reações ao Cuidar	4	4, 2, 29, 30
Apoio Familiar	2	16, 28
Apoio Profissional	2	7, 27

De acordo com Sequeira (2010), os *Problemas Relacionais* mostram as dificuldades que o cuidador informal sente em lidar com a pessoa dependente, levando muitas vezes a situações de desespero e irritação sendo a pessoa dependente vista como causadora de problemas. As *Restrições Sociais* correspondem à perturbação que os cuidadores informais sentem devido à falta de tempo para si mesmo, família e amigos, demonstrando assim, uma

diminuição da qualidade de vida do cuidador informal. As dificuldades que englobam o fator *Exigências do Cuidar* são o cansaço físico e uma diminuição da saúde do cuidador informal. As *Reações ao Cuidar* revelam a preocupação recorrente, e o sentimento de impotência face à pessoa dependente, e também as dificuldades financeiras sentidas por parte do cuidador informal. A dimensão *Apoio Familiar* mostra as dificuldades por falta de apoio da família. Já o *Apoio Profissional* refere-se à desordem que os cuidadores informais sentem devido à falta de apoio dos serviços de saúde e serviços sociais.

Consiste num instrumento com boa consistência interna ( $\alpha=0,94$ ), sendo que as dimensões *Problemas Relacionais*, *Restrições Sociais* e *Exigências do Cuidar* são aqueles que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores informais no âmbito do cuidar de uma pessoa dependente. A interpretação deste instrumento de medida mostra que quanto maior for o score obtido, maiores são as dificuldades percecionadas (Cordeiro, 2011).

#### 4.4 – PROCEDIMENTOS

Dando cumprimento a pressupostos éticos e logísticos exigidos no que respeita à concretização da colheita de dados propriamente dita, surgiu a necessidade de efetuar um pedido formal de autorização para a realização do estudo à Coordenadora Regional dos Cuidados Continuados na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, na pessoa da Dr<sup>a</sup>. Maria José Hespanha (Anexo 2) e também às UCCLDM e seus respetivos representantes que, mesmo após a autorização prévia, assim exigiram.

Posteriormente foi pedido o consentimento dos cuidadores informais pertencentes a amostra para aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo 3).

Os dados obtidos foram recolhidos no período de 1 de Março a 30 de Abril de 2015, junto das pessoas que desempenham o papel de cuidador informal dos utentes das UCCLDM pertencentes ao distrito de Viseu e restritas à ECR do Centro. Apenas o Índice de Barthel foi respondido pelos enfermeiros a desempenhar funções nestes locais, pois muitos dos sujeitos inquiridos não seriam capazes de o fazer e seriam de certa forma influenciados pela possível sobrecarga a que estão submetidos. Desta forma, seria mantida a homogeneidade de respostas, por serem elementos imparciais e, igualmente, por ser um índice de vulgar aplicação nestas instituições pelos profissionais de saúde.

O instrumento de colheita de dados foi fornecido ao cuidador informal, sendo o tempo médio necessário para responder a este, cerca de 45 minutos. O Índice de Barthel na grande maioria das situações foi avaliado pelo entrevistador/autor do estudo consoante o

conhecimento que tem da situação de dependência dos utentes, pois os cuidadores referiram alguma dificuldade.

O Tratamento Estatístico tem início com a colheita de dados, prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados obtidos. Este refere-se à análise dos dados numéricos por meio de testes estatísticos, tendo em consideração a função que as variáveis exercem na investigação. Classicamente, distinguem-se duas grandes categorias de análise estatística: a estatística descritiva e a estatística inferencial (ambas sempre ligadas ao nível de medida das variáveis em estudo) (Fortin, 2009).

A parte descritiva da estatística tem como objetivo salientar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra, de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor. Na estatística descritiva os dados numéricos são apresentados sob a forma de tabelas e calcula-se o centro de dispersão dos valores atribuídos aos dados, que podem ser classificados segundo quatro modos: as distribuições de frequências e os gráficos, as medidas de tendência central, as medidas de dispersão e as medidas de associação (Fortin, 2009).

A distribuição de frequências consiste em organizar em quadro os valores numéricos por ordem crescente e calcular o número de vezes que cada valor aparece nos dados, possibilitando distinguir os scores mais elevados e os scores mais baixos (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo foi efetuado informaticamente utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*. Do ponto de vista da análise estatística descritiva a amostra é caracterizada recorrendo-se a medidas de tendência central (média -  $\bar{x}$ ), medidas de dispersão (coeficiente de variação - CV e desvio-padrão - Dp) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra (medidas de assimetria e achatamento) de acordo com as características das variáveis em estudo. Partindo deste princípio, usou-se neste estudo os seguintes procedimentos, os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e percentuais, os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:

- Medidas de tendência central: Média ( $\bar{x}$ ); Medidas de dispersão: Dp e CV (%); Medidas de assimetria e achatamento.

O CV é uma medida de dispersão que permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma unidade de medida.

Expressa-se pela divisão entre o Dp e a média multiplicado por 100:  $CV = Dp/\bar{x} \times 100$ . Foram admitidos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003):

- $CV \leq 15\%$  - Fraca dispersão;  $15\% < CV \leq 30\%$  - Dispersão moderada;  $CV > 30\%$  - Dispersão elevada.

A medida de assimetria Skewness (SK), enviesamento da distribuição em relação à amostra, calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Para Pestana e Gageiro (2008) se  $SK/Stderror$ :

- Oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica; For inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita; For superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Na opinião dos mesmos autores, nas medidas de achatamento ou curtose (K) os resultados obtêm-se da mesma forma. Assim esta medida é obtida pelo quociente  $K/Stderror$ . Deste modo, diz-se que a distribuição é:

- Mesocúrtica se  $-1,96 < K/Stderror < 1,96$ ; Planicúrtica se  $< -1,96$ ; Leptocúrtica se  $> 1,96$ .

Estas medidas de assimetria são aplicadas a variáveis de natureza quantitativa.

As análises estatísticas inferenciais vão além das análises descritivas, pois permitem aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra. Por vezes, aquilo que se verifica é que as características da amostra diferem das da população total, dando origem ao erro amostral. Através da estatística inferencial pretende-se estimar o desvio entre o valor da população e o valor obtido da amostra (Fortin, 2009).

No que respeita à estatística inferencial podem utilizar-se testes paramétricos e não-paramétricos. Os primeiros exigem suposições sobre a natureza ou forma da população envolvida enquanto os segundos não dependem de tais exigências (Triola, 1999).

Ao longo deste estudo, por vezes, serão utilizados os testes não-paramétricos, sempre que o n for inferior a 30 (n=71). Estes têm como vantagens, o facto de poderem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações, não exigindo populações distribuídas normalmente. Ao contrário dos métodos paramétricos, os métodos não-paramétricos podem ser aplicados a dados não numéricos, como por exemplo, o sexo. Em geral este tipo de métodos envolve cálculos mais simples do que os seus correspondentes paramétricos, sendo assim mais fácil de entender. No entanto, os métodos não-paramétricos tendem a perder informação pois os dados numéricos exatos são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa, para além disso, não são tão eficientes quanto os testes paramétricos, requerendo uma amostra maior para que se possa rejeitar a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2008; Triola, 1999).

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).

Quando se testa a igualdade de mais de duas médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos *Testes Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas para poder localizar-se onde se encontram as diferenças entre as médias (Pestana & Gageiro, 2008).

- Regressão linear simples

Permite medir a intensidade e sentido da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre - 1 e + 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é associação linear. A associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, ou pode ser positiva se a variação for no mesmo sentido. Segundo Pestana e Gageiro (2008, p.181), se:

- $r < 0,2$  - associação muito baixa;  $r$  de 0,2 a 0,39 - associação baixa;  $r$  de 0,4 a 0,69 - associação moderada;  $r$  de 0,7 a 0,89 - associação alta;  $r$  de 0,9 a 1 - associação muito alta.

- Resíduos Ajustados

A análise dos resíduos ajustados é uma ferramenta que permite detetar a significância de certas pressuposições. Sempre que se verifique resíduos ajustados  $\geq 1,96$  e  $\leq -1,96$ , pode afirmar-se que os dados apresentados são estatisticamente significativos.

No que concerne aos testes estatísticos paramétricos foram utilizados os seguintes:

- Teste t de student não emparelhado para amostras independentes

Teste paramétrico que se utiliza para determinar a diferença existente entre as médias de duas populações, relativamente a uma variável aleatória contínua (Marôco, 2011). Torna-se importante salientar que, este teste apenas foi utilizado quando houve necessidade de categorizar determinadas variáveis em apenas 2 grupos e que estes continham n superior a 30.

De destacar ainda que, em toda a análise estatística, assumiu-se 5% como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, ou seja, assume-se um grau de confiança de 95%, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente adotaram-se os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003):

- $p \geq 0,05$  - Não significativo;
- $p < 0,05$  - Estatística ligeiramente significativa;
- $p < 0,01$  - Estatística muito significativa;
- $p < 0,001$  - Estatística muitíssimo significativa.

A apresentação dos dados é efetuada através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão. A descrição e análise dos dados foram elaboradas com base na ordem que surge no instrumento de recolha de dados.

Torna-se ainda importante salientar, que durante a análise inferencial dos dados se dará maior relevância aos valores estatisticamente significativos, por forma a não tornar a leitura demasiado exaustiva.



## 5 – RESULTADOS

Tendo por base os objetivos que orientaram a presente investigação, neste capítulo que remete à análise dos resultados, procura caracterizar-se não só a amostra, como os valores obtidos pelos sujeitos da nossa amostra para a variável dependente e independentes em estudo e também perceber como estas variáveis se associam entre si.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, segue-se a análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da investigação, procede-se à verificação da validade dos objetivos enunciados.

### 5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva dá corpo à delimitação das características da amostra em estudo e da qual sucedem os dados recolhidos. Permite caracterizar a amostra recorrendo às medidas de tendência central e de dispersão. Esta análise irá incidir nas diferentes variáveis que caracterizam a amostra e por uma questão de organização, dividiu-se a análise descritiva dos resultados da seguinte forma:

- Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente;
- Caracterização clínica da pessoa dependente;
- Caracterização sociodemográfica do cuidador informal;
- Caracterização clínica do cuidador informal;
- Caracterização das circunstâncias em que ocorre a prestação de cuidados.

A apresentação gráfica dos dados é realizada recorrendo a tabelas e quadros, precedidas da análise correspondente, salienta-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas/quadros.

### 5.1.1 – Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizam todo um conjunto de características sociodemográficas da pessoa dependente, com referência para o sexo e a idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, rendimento mensal atual e se a pessoa inquirida considera esses rendimentos como suficientes face às despesas que tem.

- **Idade e género da pessoa dependente**

Pela análise dos resultados descritos na Tabela 1, pode verificar-se que a amostra do nosso estudo é constituída por 71 inquiridos, 24 do sexo masculino (33,8%) e 47 do sexo feminino (66,2%). Constata-se, de igual modo, que a idade oscila entre os 30 e os 99 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 77,94 anos, um Dp de 15,057 anos e um CV de 19,31%, permitindo afirmar que existe uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verifica-se que a média de idades para o sexo masculino (75,63) é inferior à do sexo feminino (79,13). Ambos os géneros apresentam uma dispersão moderada (CV>15%), no entanto a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa (U=416,00; p=,071). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Sk/Std. Error) e de achatamento ou curtose (K/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total, é assimétrica negativa e leptocúrtica, à exceção do grupo dos homens, cuja distribuição é mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género da pessoa dependente

Sexo	Idade n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	24	48	89	75,63	12,275	-2,99	0,91	16,23	29,83	U=416,00
Feminino	47	30	99	79,13	16,292	-5,74	5,59	20,58	39,15	Z=-1,802
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>30</b>	<b>99</b>	<b>77,94</b>	<b>15,057</b>	<b>-6,28</b>	<b>5,51</b>	<b>19,31</b>		p= ,071

- **Grupo etário da pessoa dependente**

Analisando os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (cf. Quadro 6), averigua-se que o grupo etário mais representativo é o dos 63 aos 92 anos (81,7%) seguindo-se o grupo dos 30 aos 62 anos (12,7%) e por último surge o grupo etário dos 92 aos 99 anos, com uma representatividade de 5,6%.

Particularizando a análise em função do sexo pode constatar-se que são os participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 63-92 anos os mais representativos, com uma percentagem de 83,3%, sendo o grupo etário dos 30-62 anos o menos representativo (16,7%). Não existe na amostra nenhum indivíduo do sexo masculino situado no grupo etário compreendido entre os 92 e 99 anos. Relativamente ao sexo feminino, verifica-se que a expressão da distribuição das idades, associada ao grupo etário mais representativo é, tal como no sexo masculino, o grupo dos 63-92 anos (80,9%), já o menos representativo é o grupo dos 92-99 anos (8,5%). Em posição intermédia surge o grupo dos 30-62, com 10,6%. Contudo, ao realizar-se uma análise mais detalhada através dos valores residuais verifica-se que estas diferenças não são estatisticamente significativas (valor residual < 1,96).

Quadro 6 – Estatísticas relativas ao grupo etário em função do género da pessoa dependente

Grupo Etário	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
30 a 62 anos		4	16,7	5	10,6	9	12,7	0,7	-0,7
63 a 92 anos		20	83,3	38	80,9	58	81,7	0,3	-0,3
92 a 99 anos		-	0,0	4	8,5	4	5,6	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Estado civil da pessoa dependente**

No que diz respeito ao estado civil (cf. Quadro 7), inferiu-se que a maioria dos inquiridos são viúvos (47,9%) embora exista um grupo também predominante de inquiridos casados (31,0%). Os menos representativos são os divorciados (2,8%). Particularizando esta análise em função do sexo, podemos constatar que tal como na amostra total, temos como mais representativo o estado viúvo, no sexo masculino com 45,8% e no sexo feminino com 48,9%. Segue-se o grupo dos casados em ambos os sexos com 37,5% e 27,7% respetivamente. Em ambos os sexos, o grupo dos divorciados é o menos expressivo com 4,2% e 2,1%, respetivamente. No grupo dos solteiros situam-se 12,5% de indivíduos do sexo masculino e 21,3% do sexo feminino. Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 7 – Estatísticas relativas ao estado civil em função do género da pessoa dependente

Estado Civil	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
Solteiro		3	12,5	10	21,3	13	18,3	-0,9	0,9
Casado		9	37,5	13	27,7	22	31,0	0,8	-0,8
Viúvo		11	45,8	23	48,9	34	47,9	-0,2	0,2
Divorciado		1	4,2	1	2,1	2	2,8	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Habilitações literárias e grupo profissional em função do género da pessoa dependente**

Relativamente aos resultados inerentes às habilitações literárias expressas no Quadro 8, pode afirmar-se que as pessoas dependentes de uma forma geral registam baixos níveis de escolaridade, já que somente 1,4% concluíram o 3º Ciclo do ensino básico (9º ano), assim como o ensino superior, com a mesma percentagem. Dos restantes constata-se que o grupo mais representativo é o grupo com o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe) (40,8%), seguido do grupo dos indivíduos sem escolaridade (36,6%). Seguem-se com igual percentagem (9,9%), os sujeitos que sabem ler e escrever e os indivíduos que terminaram o ensino secundário. Nenhum indivíduo concluiu o 2º ciclo do ensino básico.

Uma análise detalhada em função do género, permite inferir que o sexo masculino apresenta uma maior representatividade de indivíduos no grupo do 1º ciclo do ensino básico (4ª classe), com uma percentagem de 58,4% e com menor representatividade e com igual percentagem o grupo detentor do ensino secundário e os indivíduos que apenas sabem ler e escrever com 8,3%. Verifica-se, contrariamente, que no sexo feminino a maior representatividade de sujeitos se centra no grupo dos indivíduos sem escolaridade (42,7%). A menor representatividade do sexo feminino situa-se, com igual percentagem, nos detentores do 3º Ciclo do ensino básico e ensino secundário.

Pela análise dos valores residuais, verifica-se que se evidenciam as diferenças estatisticamente significativas no grupo do 1º Ciclo do ensino básico pertencentes ao sexo masculino.

Quanto aos grupos profissionais onde se incluem as pessoas dependentes, pode observar-se que são essencialmente os Trabalhadores não qualificados (91,6%), seguidos dos Operários, artífices e trabalhadores similares (4,2%) e por fim, com a mesma expressividade os Técnicos e profissionais de nível intermédio, o Pessoal administrativo e

similares e os Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem com 1,4%.

Observando a distribuição em função do género verifica-se que os homens são essencialmente Trabalhadores não qualificados (83,3%) e Operários, artífices e trabalhadores similares (8,3%). Surgem em menor número e com igual percentagem (4,2%) o Pessoal administrativo e similares e os Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem. No sexo feminino predominam em grande número as Trabalhadoras não qualificadas, com 95,8%. Com menor representatividade e com a mesma percentagem surgem as Técnicas e profissionais de nível intermédio e as Operárias, artífices e trabalhadoras similares com 2,1%. De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 8 – Caracterização da pessoa dependente por género: habilitações literárias e grupo profissional

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Habilitações Literárias</b>									
Sem escolaridade		6	25,0	20	42,7	26	36,6	-1,5	1,5
Sabe ler e escrever		2	8,3	5	10,6	7	9,9	Não aplicável	
1º Ciclo ensino básico (4ª classe)		14	58,4	15	31,9	29	40,8	2,1	-2,1
2º Ciclo ensino básico (6º ano)		-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável	
3º Ciclo ensino básico (9º ano)		-	0,0	1	2,1	1	1,4	Não aplicável	
Ensino Secundário (12º ano)		2	8,3	5	10,6	7	9,9	Não aplicável	
Ensino Superior		-	0,0	1	2,1	1	1,4	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Grupo Profissional</b>									
Técnicos e profissionais de nível intermédio		-	0,0	1	2,1	1	1,4	Não aplicável	
Pessoal administrativo e similares		1	4,2	-	0,0	1	1,4	Não aplicável	
Operários, artífices e trabalhadores similares		2	8,3	1	2,1	3	4,2	Não aplicável	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem		1	4,2	-	0,0	1	1,4	Não aplicável	
Trabalhadores não qualificados		20	83,3	45	95,8*	65	91,6*	-1,8	1,8
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

Legenda: \* foi processado arredondamento para efeito de acerto de percentagem total

- **Rendimento mensal atual da pessoa dependente e sua suficiência/insuficiência face a despesas**

A grande maioria dos indivíduos (83,1%) afirma receber de rendimento mensal atual menos de 500€ mensais líquidos. 16,9% dos sujeitos diz receber entre 500€ e 1000€ mensais

líquidos. No entanto, nenhum sujeito diz receber mais de 1000€. Nos indivíduos do sexo masculino, a maioria, com 79,2% recebe menos de 500€ mensais líquidos e 20,8% diz receber entre 500€ e 1000€ mensais líquidos. De forma semelhante, encontram-se as mulheres, sendo que a maioria recebe menos de 500€ mensais líquidos (85,1%) e apenas 14,9% afirmam receber de 500€ a 1000€ mensais líquidos. Observando os residuais ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quando questionados sobre se os rendimentos auferidos são ou não suficientes para fazer cobro aos compromissos, constata-se que, predominantemente, os sujeitos consideram que os rendimentos que recebem são insuficientes face às despesas que têm com uma percentagem de 90,1% que contrapõe com 9,9% que afirma receberem rendimentos suficientes. Tanto homens como mulheres dizem auferir de rendimentos insuficientes face às despesas, com 83,3% e 93,6%, respetivamente. Como tendo rendimentos suficientes é expresso por 16,7% de indivíduos do sexo masculino e 6,4% do sexo feminino. No entanto, os dados não são estatisticamente significativos como pode ver-se nos resíduos ajustados.

Quadro 9 – Caracterização da pessoa dependente por género: rendimento mensal atual e como considera os rendimentos face às despesas

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Rendimento Mensal Atual</b>									
Menos de 500€ mensais líquidos		19	79,2	40	85,1	59	83,1	-0,6	0,6
De 500€ a 1000€ mensais líquidos		5	20,8	7	14,9	12	16,9	0,6	-0,6
Mais de 1000€ mensais líquidos		-	0,0	-	0,0	-	0,00	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Rendimentos vs Despesas</b>									
Suficiente		4	16,7	3	6,4	7	9,9	Não aplicável	
Insuficiente		20	83,3	44	93,6	64	90,1	-1,4	1,4
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

### 5.1.2 – Caracterização clínica da pessoa dependente

A caracterização ao nível do contexto clínico permite compreender como se posicionam os elementos da amostra relativamente à sua doença e consequentemente duração de dependência, sendo que foram objeto de mensuração os seguintes indicadores: patologias diagnosticadas, antecedentes pessoais e tempo de duração da dependência.

- **Patologias diagnosticadas e antecedentes pessoais**

Quanto às patologias diagnosticadas, de uma forma geral pode afirmar-se que as mais frequentes são as patologias do sistema nervoso (25,4%), seguidas imediatamente pelas do sistema esquelético (25,3%). Posteriormente as doenças do sistema cardiovascular (18,3%) e as do sistema muscular (11,3%), precedem as doenças do sistema endócrino com 8,5%. Com a mesma percentagem (2,8%) surgem as patologias dos sistemas respiratório, digestivo e urinário, seguidas das patologias do sistema linfático e reprodutor, também estas com a mesma percentagem de 1,4%.

Nos homens predominam as doenças do sistema cardiovascular com 33,3%, seguidas das doenças do sistema muscular (25,0%). Com uma representatividade percentual igual de 12,5% surgem as patologias do sistema esquelético e nervoso. As patologias do sistema endócrino surgem com uma percentagem de 8,3%, seguidas do sistema respiratório e urinário, ambas com a mesma percentagem (4,2%).

Contrariamente, no sexo feminino, as patologias mais frequentes são as do sistema esquelético (32,0%), imediatamente a seguir surgem as do sistema nervoso (31,9%). Na terceira posição aparecem as doenças do sistema cardiovascular (10,6%) e as do sistema endócrino com 8,5%. Com igual percentual (4,3%), encontram-se as patologias dos sistemas muscular e digestivo. Por fim, e com uma percentagem de 2,1%, posicionam-se as doenças dos sistemas linfático, respiratório, urinário e reprodutor.

Analisando os valores residuais percebe-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no grupo das patologias do sistema muscular e cardiovascular para o sexo masculino (valor residual > 1,96).

No que respeita aos antecedentes pessoais, predomina a HTA (28,2%), o AVC (19,7%) e a Diabetes Mellitus com 16,9%. Surgem de seguida a associação de outros antecedentes (9,9%) e a patologia psiquiátrica com 8,5%. Com 4,2% estão a dislipidémia e o alcoolismo e, por fim, o tabagismo, a obesidade e o traumatismo craniano, com o mesmo percentual de 2,8%. No que concerne à associação dos outros antecedentes pessoais referidos anteriormente, o mais predominantemente referido foram as anomalias genéticas com 57,1%. Posteriormente, e com igual percentagem (14,3%), situa-se o vírus da imunodeficiência humana (VIH), a patologia respiratória e a patologia oncológica. A totalidade dos homens referiu ter patologia psiquiátrica (100,0%). As mulheres referiram maioritariamente como antecedentes a patologia genética (66,6%), seguidas igualmente do VIH e patologia oncológica (16,7%).

Pela análise dos valores subjacentes aos resíduos ajustados verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10 – Caracterização da pessoa dependente por género: situação patológica e antecedentes pessoais

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Situação patológica</b>									
Sistema tegumentar		-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável	
Sistema esquelético		3	12,5	15	32,0	18	25,3	-1,8	1,8
Sistema muscular		6	25,0	2	4,3	8	11,3	<b>2,6</b>	-2,6
Sistema nervoso		3	12,5	15	31,9	18	25,4	-1,8	1,8
Sistema endócrino		2	8,3	4	8,5	6	8,5	Não aplicável	
Sistema cardiovascular		8	33,3	5	10,6	13	18,3	<b>2,3</b>	-2,3
Sistema linfático		-	0,0	1	2,1	1	1,4	Não aplicável	
Sistema respiratório		1	4,2	1	2,1	2	2,8	Não aplicável	
Sistema digestivo		-	0,0	2	4,3	2	2,8	Não aplicável	
Sistema urinário		1	4,2	1	2,1	2	2,8	Não aplicável	
Sistema reprodutor		-	0,0	1	2,1	1	1,4	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Antecedentes Pessoais</b>									
Dislipidémia		-	0,0	3	6,4	3	4,2	Não aplicável	
HTA		7	29,1	13	27,6	20	28,2	0,1	-0,1
AVC		6	25,0	8	17,0	17	19,7	0,8	-0,8
Tabagismo		1	4,2	1	2,1	2	2,8	Não aplicável	
Alcoolismo		2	8,3	1	2,1	3	4,2	Não aplicável	
Diabetes Mellitus		6	25,0	6	12,8	12	16,9	1,3	-1,3
Obesidade		-	0,0	2	4,3	2	2,8	Não aplicável	
Traumatismo Craniano		-	0,0	2	4,3	2	2,8	Não aplicável	
Patologia Psiquiátrica		1	4,2	5	10,6	6	8,5	Não aplicável	
Outros		1	4,2	6	12,8	7	9,9	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Outros Antecedentes Pessoais</b>									
VIH		-	0,0	1	16,7	1	14,3	Não aplicável	
Anomalia Genética		-	0,0	4	66,6	4	57,1	Não aplicável	
Patologia Respiratória		1	100,0	0	0,0	1	14,3	Não aplicável	
Patologia Oncológica		-	0,0	1	16,7	1	14,3	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>		

- **Tempo de duração da dependência**

Analisando os dados expressos no Quadro 11, a maioria dos utentes encontra-se em situação de dependência desde 1 a 2 anos com 25,3%, seguido dos utentes dependentes há menos de 1 ano e os que o são há mais de 5 anos, com igual percentagem de 21,1%. Com 12,7%, encontram-se aqueles que são dependentes entre 2 e 3 anos e com 11,3% os que o são entre 4 e 5 anos. Por fim, encontra-se o período de tempo de 3 a 4 anos com 8,5%.

Quanto ao género, no sexo masculino predominam aqueles que são dependentes de 1 a 2 anos (29,2%), há mais de 5 anos (20,8%) e os que o são de 4 a 5 anos e há menos de 1 ano, com 16,7%. Seguidamente, e com a mesma percentagem, encontram-se os indivíduos dependentes desde há 2 a 3 anos e de 3 a 4 anos.

Para o sexo feminino predominam com o mesmo percentual (23,4%) aqueles que são dependentes há menos de 1 ano e de 1 a 2 anos. Seguidamente surgem os indivíduos dependentes há mais de 5 anos (21,3%) e de 2 a 3 anos (14,9%). Por fim, e com igual percentagem (8,5%) encontram-se os sujeitos dependentes entre 3 e 4 anos e 4 e 5 anos. Os resíduos ajustados revelam que os resultados não são estatisticamente significativos.

Quadro 11 – Estatísticas relativas ao tempo de dependência em função do género da pessoa dependente

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Tempo de dependência</b>									
Menos de 1 ano		4	16,7	11	23,4	15	21,1	-0,7	0,7
1 a 2 anos		7	29,2	11	23,4	18	25,3	0,5	-0,5
2 a 3 anos		2	8,3	7	14,9	9	12,7	-0,8	0,8
3 a 4 anos		2	8,3	4	8,5	6	8,5	Não aplicável	
4 a 5 anos		4	16,7	4	8,5	8	11,3	1,0	-1,0
Mais de 5 anos		5	20,8	10	21,3	15	21,1	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Nível de dependência da pessoa dependente**

Pela análise dos resultados descritos na Tabela 2, pode verificar-se que na amostra em estudo, o grau de dependência oscila entre os 0 e os 100, correspondendo-lhe uma média de 27,04, um Dp de 31,071 e um CV de 114,90%, permitindo afirmar que existe uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas ao nível de dependência em função do sexo, verifica-se que a média para o sexo masculino (34,46) é superior à do sexo feminino (22,23). Ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada (CV > 30%), no entanto a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa (U=423,00; p=,082). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Sk/Std. Error) e de achatamento ou curtose (K/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total, é assimétrica positiva e mesocúrtica, à exceção dos sujeitos masculinos que integram uma mostra simétrica.

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao total do índice de Barthel em função do género

N. Dependência Sexo	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	24	0	100	34,46	37,372	1,41	-1,21	108,45	41,88	U=423,00
Feminino	47	0	90	22,23	26,474	2,74	-0,57	119,09	33,00	Z=-1,739
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>27,04</b>	<b>31,071</b>	<b>3,38</b>	<b>-0,50</b>	<b>114,90</b>		$\rho=,082$

No Quadro 12 pode verificar-se que de acordo com o Índice de Barthel, 56,3% dos indivíduos apresenta dependência total, 15,5% dependência moderada e 11,3% dependência ligeira. Globalmente, e de forma menos expressiva surgem indivíduos em situação de dependência severa (9,9%) e os indivíduos independentes (7,0%).

De uma forma geral, os homens encontram-se totalmente dependentes (54,1%), seguindo-se, com igual percentual os sujeitos moderadamente dependentes e independentes, com 16,7%. De forma menos representativa, com 12,5% os indivíduos ligeiramente dependentes.

A maioria das mulheres (57,5%) encontram-se em situação de dependência total, seguidas das severamente ou moderadamente dependentes, com a mesma percentagem (14,9%). 10,6% dos sujeitos são ligeiramente dependentes e apenas 2,1% encontram-se totalmente independentes.

Observando os valores residuais percebe-se que os dados apenas são estatisticamente significativos para o sexo feminino, estando localizadas as diferenças no grupo que se encontra em situação de dependência severa (valor residual > 1,96).

Quadro 12 – Estatísticas relativas ao grau de dependência em função do género da pessoa dependente

Grau Dependência	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
Totalmente Dependente		13	54,1	27	57,5	40	56,3	-0,3	0,3
Severamente Dependente		-	0,0	7	14,9	7	9,9	-2,0	2,0
Moderadamente Dependente		4	16,7	7	14,9	11	15,5	0,2	-0,2
Ligeiramente Dependente		3	12,5	5	10,6	8	11,3	0,2	-0,2
Independente		4	16,7	1	2,1	5	7,0	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

### 5.1.3 – Caracterização sociodemográfica do cuidador informal

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizam todo um conjunto de características sociodemográficas inerentes ao cuidador informal, com referência para o sexo, a idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, profissão e situação laboral e rendimento mensal atual.

- **Idade e género do cuidador informal**

Pela análise dos resultados descritos na Tabela 3, pode verificar-se que a amostra é também constituída por 71 sujeitos, 25 do sexo masculino (35,21%) e 46 do sexo feminino (64,79%). Pode constatar-se, desta forma, que a idade oscila entre os 30 e os 80 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 53,73 anos, um Dp de 12,001 anos e um CV de 22,33%, o que permite afirmar que existe uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verifica-se que a média de idades para o sexo masculino (53,56), é ligeiramente inferior à do sexo feminino (53,83). Ambos os géneros apresentam uma dispersão moderada ( $CV > 15\%$ ), porém a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa ( $U=557,00$ ;  $p=,828$ ). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento ( $Sk/Std. Error$ ) e de achatamento ou curtose ( $K/Std. Error$ ), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 3 – Estatísticas relativas à idade segundo o género do cuidador informal

Idade Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	25	30	80	53,56	13,197	0,06	0,21	24,63	36,72	U=557,00
Feminino	46	30	80	53,83	11,451	0,74	0,09	21,27	35,61	Z=-,217
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>30</b>	<b>80</b>	<b>53,73</b>	<b>12,001</b>	<b>0,49</b>	<b>0,13</b>	<b>22,33</b>		p=,828

- **Grupo etário do cuidador informal**

Analisando agora os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (cf. Quadro 13), percebe-se que o grupo etário mais representativo é o dos 42 aos 62 anos (70,4%), seguindo-se o grupo dos 63 aos 80 anos (16,9%) e por último surge o grupo etário dos 30 aos 41 anos, com uma representatividade de 12,7%.

Fazendo uma análise em função do sexo, pode constatar-se que são os participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 42-62 anos os mais representativos, com uma percentagem de 68,0%, seguem-se, com o mesmo percentual, os grupos etários dos 30-41 anos e 63-80 anos (16,0%). Relativamente ao sexo feminino, verifica-se que a expressão da distribuição das idades, associada ao grupo etário mais representativo é, tal como no sexo masculino, o grupo dos 42-62 anos (71,7%) e segue-se o grupo dos 63-80 (17,4%). O menos representativo, é o grupo dos 30-41 anos (10,9%). Contudo, ao realizar-se uma análise mais detalhada através dos valores residuais verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 13 – Estatísticas relativas ao grupo etário em função do género do cuidador informal

Grupo Etário	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
30 a 41 anos		4	16,0	5	10,9	9	12,7	0,6	-0,6
42 a 62 anos		17	68,0	33	71,7	50	70,4	-0,3	0,3
63 a 80 anos		4	16,0	8	17,4	12	16,9	-0,1	0,1
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Estado civil do cuidador informal**

No que diz respeito ao estado civil (cf. Quadro 14), pode inferir-se que a grande maioria dos inquiridos é casado (83,2%), seguido de dois grupos, solteiros e divorciados, que revelam a mesma percentagem (7,0%). Os menos representativos são os viúvos com 2,8%. Particularizando esta análise em função do sexo, pode constatar-se que, tal como na amostra total, temos como mais representativo o estado de casado, no sexo masculino com 76,0% e no sexo feminino com 87,0%. Para os homens segue-se o grupo dos solteiros com 12,0%. Contrariamente, no sexo feminino segue-se o grupo dos divorciados com 8,7%. No sexo masculino os dois grupos menos expressivos são os viúvos e os divorciados com 8,0% e 4,0%, respetivamente, enquanto no sexo feminino é o grupo dos solteiros com 4,3% não existindo nenhum sujeito viúvo. Pela análise dos valores residuais verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 14 – Estatísticas relativas ao estado civil em função do género do cuidador informal

Estado Civil	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
Solteiro		3	12,0	2	4,3	5	7,0	Não aplicável	
Casado		19	76,0	40	87,0	59	83,2	-1,2	1,2
Viúvo		2	8,0	-	0,0	2	2,8	Não aplicável	
Divorciado		1	4,0	4	8,7	5	7,0	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Habilitações literárias do cuidador informal**

Relativamente aos resultados inerentes às habilitações literárias expressas no Quadro 15, pode afirmar-se que os cuidadores informais, de uma forma geral, registam baixos níveis de escolaridade, já que a maioria dos indivíduos (36,7%) concluíram o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe). Seguidamente, surgem aqueles que concluíram o ensino superior com 16,9%. Os sujeitos que terminaram o 3º ciclo do ensino básico (9º ano) e o ensino secundário (12º ano), com a mesma percentagem (14,1%). Os indivíduos que apenas sabem ler e escrever e os que concluíram o 2º ciclo do ensino básico (6º ano) surgem com o mesmo percentual de 7,0%. Por fim, os menos representativos são os sujeitos sem escolaridade com 4,2%.

Uma análise detalhada em função do género permite inferir que o sexo masculino apresenta uma maior representatividade de indivíduos no grupo do 1º ciclo do ensino básico, com uma percentagem de 28,0% e com menor representatividade o grupo detentor do 2º ciclo do ensino básico, os que apenas sabem ler e escrever e aqueles que não têm escolaridade, com a mesma percentagem (8,0%). Em posição intermédia e com igual percentagem (16,0%), surgem aqueles que concluíram o 3º ciclo do ensino básico, do ensino secundário e do ensino superior. Verifica-se, igualmente, que no sexo feminino a maior representatividade de sujeitos se centra no grupo do 1º ciclo do ensino básico (41,4%). Posteriormente, aparecem aqueles indivíduos que terminaram o ensino superior (17,4%), seguidos daqueles que detêm o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, ambos com a mesma percentagem (13,0%). Depois surgem, também com igual percentual (6,5%), aqueles que apenas sabem ler e escrever e os que terminaram o 2º ciclo do ensino básico. O grupo menos expressivo é composto pelos sujeitos sem escolaridade com 2,2%.

Pela análise dos valores residuais, verifica-se que não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 15 – Caracterização do cuidador informal por género: habilitações literárias

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Habilitações Literárias</b>									
Sem escolaridade		2	8,0	1	2,2	3	4,2	Não aplicável	
Sabe ler e escrever		2	8,0	3	6,5	5	7,0	Não aplicável	
1º Ciclo ensino básico (4ª classe)		7	28,0	19	41,4	26	36,7	-1,1	1,1
2º Ciclo ensino básico (6º ano)		2	8,0	3	6,5	5	7,0	Não aplicável	
3º Ciclo ensino básico (9º ano)		4	16,0	6	13,0	10	14,1	0,3	-0,3
Ensino Secundário (12º ano)		4	16,0	6	13,0	10	14,1	0,3	-0,3
Ensino Superior		4	16,0	8	17,4	12	16,9	-0,1	0,1
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Local de residência do cuidador informal**

Pelo que pode observar-se no Quadro 16, genericamente, pode afirmar-se a maioria dos sujeitos inquiridos reside na aldeia (50,7%), seguidamente surgem os residentes em vilas com 25,4% e, por fim, os indivíduos que habitam nas cidades (23,9%).

Numa análise em função do género, pode observar-se que os 44,0% dos homens residem em aldeias, 32,0% nas cidades e apenas 24,0% em vilas. Igualmente, os elementos do sexo feminino residem na sua maioria em aldeias com 54,3%. Contrariamente, aos indivíduos do sexo masculino, o grupo mais representativo que se segue são os residentes nas vilas com 26,1%. Por fim, os menos representativos são os que residem na cidade, com percentual de 19,6%.

Analisando os resíduos ajustado pode inferir-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 16 – Estatísticas relativas à residência em função do género do cuidador informal

Residência	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Aldeia</b>		11	44,0	25	54,3	36	50,7	-0,8	0,8
<b>Vila</b>		6	24,0	12	26,1	18	25,4	-0,2	0,2
<b>Cidade</b>		8	32,0	9	19,6	17	23,9	1,2	-1,2
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Grupo profissional e Situação laboral**

Quanto aos grupos profissionais onde se integram os cuidadores informais a sua maioria é classificada como Trabalhadores não qualificados (40,8%) e Pessoal dos serviços e

vendedores (15,5%). Seguem-se os Técnicos e profissionais de nível intermédio (14,1%) e os Especialistas das profissões intelectuais e científicas (12,7%). Os Operários, artífices e trabalhadores similares e os Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, representam 8,5% e 5,6%, respetivamente. Por fim, surge o Pessoal administrativo e similares, com 2,8%.

Analisando as diferenças entre sexos, percebe-se pela análise da Quadro 17, que os indivíduos do sexo masculino são na sua maioria Trabalhadores não qualificados (28,0%) e Operários, artífices e trabalhadores similares (20,0%). Os Técnicos e profissionais de nível intermédio representam 16,0%, seguidos dos Especialistas das profissões intelectuais e científicas e dos Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, com o mesmo percentual de 12,0%. Os dois grupos profissionais menos expressivos são os que compõem o Pessoal dos serviços e vendedores e Pessoal administrativo e similares, com 8,0% e 4,0%, respetivamente,

As mulheres desempenham, essencialmente, funções como Trabalhadoras não qualificadas (47,8%), posteriormente surgem as que se incluem no Pessoal dos serviços e vendedores (19,6%). As Especialistas das profissões intelectuais e científicas e as Técnicas e profissionais de nível intermédio aparecem, com igual percentual, na seguinte posição (13,0%). Finalmente, surgem os sujeitos do sexo feminino que integram o Pessoal administrativo e similares, os Operários, artífices e trabalhadores similares e os Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, com a mesma percentagem de 2,2%.

No que se refere à situação perante o trabalho, a amostra é composta maioritariamente por indivíduos que se encontram com emprego ativo (50,8%), os desempregados constituem uma minoria (7,0%). É de destacar que nenhum sujeito da amostra se encontra a estudar. 23,9% da amostra é constituída por reformados e 18,3% por indivíduos domésticos.

Tendo por referência a diferenciação em termos do género, constata-se que o grupo mais representativo em ambos os sexos é o dos indivíduos com emprego ativo com 60,0% nos homens e 45,7% nas mulheres. Também, em ambos os géneros, o grupo minoritário é o dos desempregados, com 8,0% nos homens e 6,5% nas mulheres. Nos homens em situação intermédia surgem os reformados (20,0%) e domésticos (12,0%). Igualmente, para o sexo feminino, também em situação intermédia, estão os mesmos grupos com 26,1% e 21,7%, respetivamente. Os valores residuais indicam não existir diferenças significativas.

Quadro 17 – Caracterização do cuidador informal por género: grupo profissional e situação profissional

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Grupos Profissionais</b>									
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		3	12,0	6	13,0	9	12,7	-0,1	0,1
Técnicos e profissionais de nível intermédio		4	16,0	6	13,0	10	14,1	0,3	-0,3
Pessoal administrativo e similares		1	4,0	1	2,2	2	2,8	Não aplicável	
Pessoal dos serviços e vendedores		2	8,0	9	19,6	11	15,5	-1,3	1,3
Operários, artífices e trabalhadores similares		5	20,0	1	2,2	6	8,5	Não aplicável	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		3	12,0	1	2,2	4	5,6	Não aplicável	
Trabalhadores não qualificados		7	28,0	22	47,8	29	40,8	-1,6	1,6
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Situação Profissional</b>									
Empregado		15	60,0	21	45,7	36	50,8	1,2	-1,2
Desempregado		2	8,0	3	6,5	5	7,0	Não aplicável	
Doméstico		3	12,0	10	21,7	13	18,3	-1,0	1,0
Estudante		-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável	
Reformado		5	20,0	12	26,1	17	23,9	-0,6	0,6
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Rendimento mensal atual do cuidador informal**

A grande maioria dos indivíduos (56,3%) afirma receber de rendimento mensal atual menos de 500€ mensais líquidos. Seguido daqueles que dizem receber entre 500€ e 1000€ mensais líquidos, com 31,0% e por fim com 12,7% surgem os que recebem mais de 1000€.

Nos indivíduos do sexo masculino a maioria, com 44,4%, recebe entre 500€ e 1000€ mensais líquidos. Logo de seguida, surgem os indivíduos que detêm menos de 500€ mensais líquidos (40,0%). O grupo menos expressivo é daqueles que recebem mais de 1000€, com 16,0%. Contrariamente, para o sexo feminino, o grupo mais representativo situa-se naqueles que recebem menos de 500€ mensais líquidos (65,2%), seguidamente surgem aqueles que recebem entre 500€ e 1000€ com 23,9% e, por fim, com 10,9%, aqueles que recebem mais de 1000€ mensais líquidos. No entanto, analisando os resíduos ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 18 – Caracterização do cuidador informal por género: rendimento mensal atual

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Rendimento Mensal Atual</b>									
Menos de 500€ mensais líquidos		10	40,0	30	65,2	40	56,3	-2,0	<b>2,0</b>
De 500€ a 1000€ mensais líquidos		11	44,0	11	23,9	22	31,0	1,7	-1,7
Mais de 1000€ mensais líquidos		4	16,0	5	10,9	9	12,7	0,6	-0,6
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

### 5.1.4 – Caracterização clínica do cuidador informal

A caracterização ao nível do contexto clínico permite compreender como se posicionam os elementos da amostra relativamente à sua saúde, sendo que será objeto de análise a percepção que os cuidadores informais têm da sua saúde.

- **Percepção do estado de saúde do cuidador informal**

Genericamente, os cuidadores informais informam que a sua saúde é “Fraca” (45,0%), seguindo-se imediatamente aqueles que consideram a sua saúde com sendo “Boa” com 42,3%. Os grupos menos representativos são aqueles que afirmam que a sua saúde é “Muito Fraca” e “Muito Boa”, com 8,5% e 4,2%, respetivamente.

Também os homens, na sua maioria refere ter “Fraca” saúde com 48,0%, seguindo-se os que dizem ter “Boa” saúde (44,0%). O grupo que afirma ter “Muito Boa” saúde é o menos expressivo com 8,0%. De salientar, que nenhum indivíduo do sexo masculino considera ter “Muito Fraca” saúde.

No sexo feminino verifica-se a mesma situação, também a maioria assegura ter “Fraca” saúde com 43,5%. Imediatamente a seguir surgem os que afirmam possuir “Boa” saúde (41,3%). Os grupos menos expressivos são os que declaram que a sua saúde é “Muito Fraca” e “Muito Boa”, com 13,0% e 2,2%, respetivamente. Contudo os resíduos ajustados permitem afirmar que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 19 – Caracterização do cuidador informal por género: estado de saúde

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Estado de Saúde</b>									
Muito Boa		2	8,0	1	2,2	3	4,2	Não aplicável	
Boa		11	44,0	19	41,3	30	42,3	0,2	-0,2
Fraca		12	48,0	20	43,5	32	45,0	0,4	-0,4
Muito Fraca		-	0,0	6	13,0	6	8,5	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

### 5.1.5 – Caracterização das circunstâncias em que ocorre a prestação de cuidados

Os resultados apresentados neste subcapítulo pretendem contextualizar todo um conjunto de características que permitem perceber em que circunstâncias se encontra a dinâmica entre pessoa dependente e cuidador informal, com referência para a relação de parentesco, se existe um único cuidador e a razão de o ser, o período de tempo que é cuidador

e que tempo passa com a pessoa dependente, se existe algum tipo de apoio formal ou informal, local de residência e características da mesma, forma de deslocação da pessoa dependente e distância ao serviço de saúde mais próximo.

- **Relação de parentesco**

Genericamente, pode afirmar-se observando os resultados expressos no Quadro 20, que a grande maioria dos cuidadores informais são filhos/as das pessoas dependente, com 50,5%. Com 11,3%, surgem aqueles que afirmam ter outro grau de parentesco. As noras/genros, irmãos/irmãs e cônjuges surgem com o mesmo percentual de 9,9%. Por fim, o grupo menos representativo são os netos/as com 8,5%. Para aqueles que referiram possuir outra relação de parentesco com a pessoa dependente, que se pode verificar que apenas foram cuidadores informais do sexo feminino, figuram na mesma posição e com a mesma percentagem (37,5%) os sobrinhos/as e os amigos/as. Mães/pais são os que aparecem menos frequentemente, com 25,0%.

A grande maioria dos indivíduos do sexo masculino afirmam ser filhos/as (68,0%). Seguidamente, surgem irmãos/irmãs e netos/as, com a mesma percentagem de 12,0%. O grupo menos expressivo é o dos cônjuges com 8,0%.

Quadro 20 – Estatísticas relativas à relação de parentesco em função do género do cuidador informal

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Relação de Parentesco</b>									
Cônjuge		2	8,0	5	10,9	7	9,9	Não aplicável	
Filho/a		17	68,0	19	41,3	36	50,5	2,1	-2,1
Irmão/ Irmã		3	12,0	4	8,7	7	9,9	Não aplicável	
Nora/ Genro		-	0,0	7	15,2	7	9,9	Não aplicável	
Neto/a		3	12,0	3	6,5	6	8,5	Não aplicável	
Outro		-	0,0	8	17,4	8	11,3	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Outra Relação de Parentesco</b>									
Sobrinho/a		-	0,0	3	37,5	3	37,5	Não aplicável	
Mãe/ Pai		-	0,0	2	25,0	2	25,0	Não aplicável	
Amigo/a		-	0,0	3	37,5	3	37,5	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>-</b>	<b>0,00</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>		

No sexo feminino, o grupo mais representativo é o dos filhos/as com 41,3%, segue-se o grupo designado por outros (17,4%), onde apenas se situam as mulheres. Posteriormente,

seguem-se noras/genros, cônjuges e irmãos/irmãs, com 15,2%, 10,9% e 8,7%, respetivamente. Os netos/as, contrariamente ao que referiram os homens são o grupo menos representativo, com 6,5%

Os resíduos ajustados revelam que as diferenças são significativas para o sexo masculino situado no grupo dos filhos/as (valor residual > 1,96).

- **Existência de mais alguém a ser cuidado**

A grande maioria dos cuidadores informais refere não ter mais ninguém de quem cuidar (80,3%), no entanto 19,7% afirmam o contrário. Igualmente, tanto homens como mulheres, na sua maioria diz não ter mais ninguém de quem cuidar com, 88,0% e 76,1%, respetivamente. O grupo menos representativo é daqueles que afirmam ter mais alguém de quem cuidar, 12,0% de homens e 23,9% de mulheres.

Para aqueles que afirmam ter mais alguém de quem cuidar, a maioria (50,2%) diz serem os Filhos/as, seguindo-se as Mães (21,4%). Por último, e com a mesma percentagem de 7,1%, surgem os Sogros/as, Cunhados/as, Pais e Amigos/as. Os cuidadores informais do sexo masculino, na sua maioria, dizem ter ainda de cuidar de Filhos/as com 66,7% e depois de Cunhados/as (33,3%). Os cuidadores informais do sexo feminino, declaram ter de cuidar de, essencialmente, Filhos/as (45,4%) e Mães (27,3%). Sogros/as, Pais e Amigos/as surgem menos frequentemente, com a mesma percentagem de 9,1%, como tendo de ser cuidados por cuidadores do sexo feminino.

Os resíduos ajustados afirmam que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 21 – Estatísticas relativas à existência de mais alguém para cuidar em função do género do cuidador informal

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Mais alguém para cuidar</b>									
Sim		3	12,0	11	23,9	14	19,7	-1,2	1,2
Não		22	88,0	35	76,1	57	80,3	1,2	-1,2
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Quem mais para cuidar</b>									
Sogro/a		-	0,0	1	9,1	1	7,1	Não aplicável	
Cunhado/a		1	33,3	-	0,0	1	7,1	Não aplicável	
Mãe		-	0,0	3	27,3	3	21,4	Não aplicável	
Filho/a		2	66,7	5	45,4	7	50,2	Não aplicável	
Pai		-	0,0	1	9,1	1	7,1	Não aplicável	
Amigo/a		-	0,0	1	9,1	1	7,1	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>		

- **Razão de ser cuidador informal, tempo presta cuidados e intensidade de cuidados**

Globalmente, pela análise da Quadro 22, e abordando a razão de os sujeitos serem cuidadores informais, pode ver-se que 42,2% afirmam ser cuidadores por serem os únicos que poderiam desempenhar esse papel, seguindo-se aqueles que o são por iniciativa própria com 29,6%. Os cuidadores informais que o são por decisão familiar representam 19,7% e os que desempenham esse papel a pedido da pessoa dependente (8,5%).

No sexo masculino, 48,0% desempenha o papel de cuidador por iniciativa própria e posteriormente, com 28,0% por serem os únicos que o poderiam fazer. Com o mesmo percentual, de 12,0%, aparecem aqueles que o são por decisão familiar e por solicitação da pessoa dependente. Contrariamente, no sexo feminino, a maioria (50,0%) diz ser cuidadora por serem as únicas a poder fazê-lo, depois por decisão familiar (23,9%) e por iniciativa própria com 19,6%.

Após observar os resíduos ajustados, pode inferir-se que os dados são estatisticamente significativos para o sexo masculino no grupo daqueles que são cuidadores informais por iniciativa própria (valor residual > 1,96).

Quanto ao tempo de prestação de cuidados a maioria dos indivíduos fá-lo há mais de 4 anos (33,7%), seguindo-se os que o fazem entre 1 e 2 anos e 2 a 4 anos, com 29,6% e 15,5%, respetivamente. Minoritariamente, aparecem aqueles que são cuidadores entre 6 meses e 1 ano (11,3%) e há menos de 6 meses (9,9%).

Os cuidadores do sexo masculino cuidam, na maioria, entre 1 e 2 anos (48,0%), seguindo-se os que cuidam há mais de 4 anos e entre 6 meses e 1 ano, com 24,0% e 20,0%, respetivamente. Os dois grupos menos representativos são daqueles que cuidam há menos de 6 meses e entre 2 a 4 anos, com a mesma percentagem de 4,0%. Contrariamente, para o sexo feminino, os cuidadores que o são há mais de 4 anos representam 39,2%, seguindo-se os que o fazem de 2 a 4 anos (21,7%) e de 1 a 2 anos (19,6%). Os dois grupos menos expressivos, para os cuidadores do sexo feminino, são aqueles que desempenham essa função há menos de 6 meses e entre 6 meses a 1 ano, com 13,0% e 6,5%, respetivamente.

Os dados são estatisticamente significativos para sujeitos do sexo masculino que desempenham funções de cuidadores informais entre 1 e 2 anos, após análise dos resíduos ajustados (valor residual > 1,96).

No que concerne ao tempo passado junto da pessoa dependente, pode verificar-se que 30,9% dos indivíduos afirma passar menos de 6 horas, seguindo-se os que passam entre 18 a 24 horas e entre 6 e 12 horas, com 26,8% e 25,4%, respetivamente. Pode ainda constatar-

se, que 11,3% dos sujeitos passa 12 a 18 horas junto da pessoa dependente e 5,6% apenas tem contactos pontuais.

Os cuidadores do sexo masculino dizem passar menos de 6 horas com a pessoa dependente (36,0%), bem como 6 a 12 horas (36,0%). A mesma percentagem, ou seja, 12,0% situa-se no grupo dos que passam com a pessoa dependente 12 a 18 horas, assim como os que passam 18 a 24 horas. Com contactos pontuais, aparecem 4,0% de cuidadores do sexo masculino. Quanto às mulheres, estas afirmam passar junto da pessoa dependente entre 18 a 24 horas, com 34,7%, seguindo-se as que dizem passar menos de 6 horas (28,3%) e as que passam entre 6 e 12 horas (19,6%). Os dois últimos grupos menos representativos são aquelas que passam entre 12 e 18 horas junto da pessoa dependente (10,9%) e as que apenas têm contactos pontuais, com 6,5%.

Observando os resíduos ajustados, pode ver-se que os dados são estatisticamente significativos para os cuidadores informais do sexo feminino que passam entre 18 e 24 horas com a pessoa dependente (valor residual > 1,96).

Quadro 22 – Caracterização do cuidador informal por género: razão de ser o cuidador informal, tempo de prestação de cuidados e intensidade de cuidados

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Razão de ser cuidador informal</b>									
Por iniciativa própria		12	48,0	9	19,6	21	29,6	2,5	-2,5
Por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel		7	28,0	23	50,0	30	42,2	-1,8	1,8
Por decisão familiar		3	12,0	11	23,9	14	19,7	-1,2	1,2
Por solicitação da pessoa dependente		3	12,0	3	6,5	6	8,5	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Tempo de prestação de cuidados</b>									
Menos de 6 meses		1	4,0	6	13,0	7	9,9	Não aplicável	
6 meses a 1 ano		5	20,0	3	6,5	8	11,3	1,7	-1,7
1 a 2 anos		12	48,0	9	19,6	21	29,6	2,5	-2,5
2 a 4 anos		1	4,0	10	21,7	11	15,5	-2,0	2,0
Mais de 4 anos		6	24,0	18	39,2	24	33,7	-1,3	1,3
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Intensidade de Cuidados</b>									
Contactos pontuais		1	4,0	3	6,5	4	5,6	Não aplicável	
Menos de 6 horas		9	36,0	13	28,3	22	30,9	0,7	-0,7
6 a 12 horas		9	36,0	9	19,6	18	25,4	1,5	-1,5
12 a 18 horas		3	12,0	5	10,9	8	11,3	0,1	-0,1
18 a 24 horas		3	12,0	16	34,7	19	26,8	-2,1	2,1
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Existência de apoio informal e formal na prestação de cuidados**

Quanto à existência de ajuda informal na prestação de cuidados, a grande maioria dos sujeitos, afirma não receber essa ajuda (62,0%) que contrapõe com os 38,0% que dizem receber. Grande parte dos cuidadores informais do sexo masculino afirma receber ajuda de alguém (52,0%), os restantes dizem não receber ajudas informais (48,0%). Contrariamente, os cuidadores informais do sexo feminino, numa forma geral, dizem não receber qualquer tipo de apoio informal (69,6%).

Os resíduos ajustados mostram que os dados não são estatisticamente significativos.

Dos que asseguraram receber ajuda informal, a maioria (59,3%) diz ser do Marido/Mulher, seguido de Filho/a (22,2%) e Irmão/ Irmã (11,1%). Com o mesmo percentual (3,7%) aparecem aqueles que afirmam receber apoio de Mãe/ Pai e Neto/a. 76,9% dos homens que disseram receber ajuda de alguém, dizem ser do Marido/ Mulher. Recebem ajuda de Filho/a, Mãe/ Pai e Irmão/ Irmã, com a mesma percentagem (7,7%), os cuidadores informais do sexo masculino. Tal como os indivíduos do sexo masculino, também as mulheres, na sua maioria, asseguram receber ajuda de Marido/ Mulher (42,9%), seguindo-se Filho/a, com 35,7% e Irmão/ Irmã, com 14,3%. O grupo menos representativo são aquelas que recebem auxílio de Neto/a (7,1%).

Os dados não são estatisticamente significativos como é possível observar pelos resíduos ajustados.

Após inquiridos sobre se recebem algum tipo de apoio formal, a maioria dos cuidadores (67,6%), afirma não receber qualquer tipo de ajuda formal, sendo assim apenas 32,4% diz receber ajuda formal. Pode observar-se, pela leitura do Quadro 23, que tanto homens como mulheres, na sua maioria, não dispõem de qualquer apoio formal, com 60,0% e 71,7%, respetivamente. Desta forma todos os restantes dizem usufruir de ajuda formal de instituições. No entanto, pelos resíduos ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Dos que dizem receber apoio formal, a grande maioria diz ser de IPSS's (95,7%), apenas 4,3% de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's). Todos os cuidadores informais do sexo masculino (100,0%) recebem apoio de IPSS. Já nas mulheres, a maioria, recebe apoio de IPSS (92,3%) e apenas 7,7% de ECCI's. Pelos resíduos ajustados, percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 23 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: ajuda na prestação de cuidados e apoio formal

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Ajuda na prestação de cuidados</b>									
Sim		13	52,0	14	30,4	27	38,0	1,8	-1,8
Não		12	48,0	32	69,6	44	62,0	-1,8	1,8
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Quem ajuda na prestação</b>									
Filho/a		1	7,7	5	35,7	6	22,2	Não aplicável	
Mãe/ Pai		1	7,7	0	0,0	1	3,7	Não aplicável	
Marido/ Mulher		10	76,9	6	42,9	16	59,3	1,8	-1,8
Neto/a		-	0,0	1	7,1	1	3,7	Não aplicável	
Irmão/ Irmã		1	7,7	2	14,3	3	11,1	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>		
<b>Apoio formal na prestação</b>									
Sim		10	40,0	13	28,3	23	32,4	1,0	-1,0
Não		15	60,0	33	71,7	48	67,6	-1,0	1,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Instituição formal de apoio</b>									
ECCI		-	0,0	1	7,7	1	4,3	Não aplicável	
IPSS		10	100,0	12	92,3	22	95,7	0,9	-0,9
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>		

- **Ajuda na ausência do cuidador informal e ajuda financeira**

Globalmente, a maioria dos cuidadores informais (59,2%), referem ter ajuda de alguém para prestar cuidados caso necessitem de sair, os restantes (40,8%), não recebem qualquer ajuda. Tanto cuidadores do sexo masculino como feminino, dizem receber ajuda de alguém se precisarem de se ausentar, com 72,0% e 52,2%, respetivamente. Pela análise dos resíduos ajustados, os dados não são estatisticamente significativos.

A maioria, diz receber ajuda do Marido/ Mulher (42,8%), seguido de Filho/a (23,8%), Irmão/ Irmã (14,3%) e Vizinho/a (7,1%). Depois, surgem os que recebem ajuda esporádica de Mãe/ Pai e Neto/a, com a mesma percentagem de 4,8%, no fim, com menor percentual (2,4%) aparecem aqueles que recebem ajuda de Amigo/a. Para os homens, são as Mulheres (60,9%) que mais lhes prestam auxílio e de seguida os Irmãos/ Irmãs (16,7%). Com a mesma percentagem (5,6%), seguem-se Mãe/ Pai, Filho/a, Neto/a e Vizinho/a. As mulheres afirmam que, quem mais as auxilia são os Filhos/as (37,4%), Maridos (29,2%) e Irmãos/ Irmãs (12,5%). Para estas, os Vizinhos/as auxiliam apenas em 8,3% dos casos. No final, e com a mesma percentagem (4,2%), situam-se Mãe/ Pai e Neto/a e Amigo/a.

Analisando os resíduos ajustados, pode constatar-se que as diferenças são estatisticamente significativas para cuidadores informais do sexo masculino que recebem

auxílio esporádico de Marido/ Mulher e para cuidadores informais do sexo feminino que admitem ajuda de Filho/a (valor residual > 1,96).

Genericamente, a grande maioria (70,4%) dos cuidadores informais, refere não possuir qualquer apoio financeiro caso necessitem, contrapondo-se aos 29,6% que recebem esse tipo de apoio. Tanto homens como mulheres, dizem maioritariamente não receber apoio financeiro se necessitarem, com 60,0% e 76,1%, respetivamente. Os restantes usufruem de algum tipo de apoio financeiro, 40,0% e 23,9%, respetivamente. Os dados não são estatisticamente significativos, como pode verificar-se pelos resíduos ajustados.

Quadro 24 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: ajuda na ausência do cuidador e apoio financeiro

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Ajuda na ausência</b>									
Sim		18	72,0	24	52,2	42	59,2	1,6	-1,6
Não		7	28,0	22	47,8	29	40,8	-1,6	1,6
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Quem ajuda na ausência</b>									
Mãe/ Pai		1	5,6	1	4,2	2	4,8	Não aplicável	
Marido/ Mulher		11	60,9	7	29,2	18	42,8	2,1	-2,1
Filho/a		1	5,6	9	37,4	10	23,8	-2,4	2,4
Irmão/ Irmã		3	16,7	3	12,5	6	14,3	Não aplicável	
Neto/a		1	5,6	1	4,2	2	4,8	Não aplicável	
Vizinho/a		1	5,6	2	8,3	3	7,1	Não aplicável	
Amigo/a		-	0,0	1	4,2	1	2,4	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>		
<b>Apoio financeiro</b>									
Sim		10	40,0	11	23,9	21	29,6	1,4	-1,4
Não		15	60,0	35	76,1	50	70,4	-1,4	1,4
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- ***Coresidência, local e tipo de residência em função do género do cuidador informal***

No que concerne à coresidência, a maioria (56,4%) das pessoas dependentes, reside com o cuidador informal, seguindo-se aqueles que habitam sozinhos (21,1%), os que residem com a Esposa/ Marido (18,3%) e por fim aqueles que responderam outra opção (4,2%). Tanto homens como mulheres, na sua maioria, residem com o cuidador informal, com 52,0% e 58,7%, respetivamente. Para o sexo masculino, seguem-se os que residem sozinhos (28,0%), com Esposa/ Marido, com 12,0% e por fim, os que habitam com outro elemento (8,0%). Para o sexo feminino, seguem-se os que residem com Esposa/ Marido (21,7%), aqueles que vivem sozinhos (17,4%) e depois aqueles que mencionam outro elemento (2,2%).

Da amostra, 3 sujeitos afirmaram que a pessoa dependente reside com outro elemento. De igual forma (33,3%), dividem-se entre Neto/a, Padrasto/ Madrasta e Mãe/ Pai. Segundo os cuidadores do sexo masculino, 50,0% dos sujeitos referidos vive com Padrasto/ Madrasta e outros 50,0% com Mãe/ Pai. Contrariamente, o sexo feminino, afirma que 100,0% das pessoas dependentes que vivem com outro elemento são os Neto/as. Pelos resíduos ajustados, observa-se que os resultados não são estatisticamente significativos.

No que respeita ao local de residência, a maioria das pessoas dependentes, reside na habitação do cuidador informal (64,8%). Homens e mulheres referem isso mesmo, pois na sua maioria habitam com o cuidador informal, com 64,0% e 65,2%, respetivamente. Os restantes, 36,0% e 34,8%, respetivamente residem em habitação própria. Os dados não são estatisticamente significativos como pode observar-se no Quadro 25 pelos resíduos ajustados.

Relativamente ao tipo de habitação, a grande maioria (84,5%), reside em moradias, adversando com aqueles que vivem em apartamentos com 15,5%. Ambos os géneros, masculino e femininos, residem em moradias, com 84,0% e 84,8%, respetivamente. Todos os restantes, 16,0% e 15,2%, respetivamente, habitam em apartamentos. No entanto, pelos resíduos ajustados os dados, não são estatisticamente significativos.

Quadro 25 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: coresidência da pessoa dependente, local e tipo de habitação

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Coresidência da pessoa dependente</b>									
Sozinho		7	28,0	8	17,4	15	21,1	1,0	-1,0
Com esposa/marido		3	12,0	10	21,7	13	18,3	-1,0	1,0
Com cuidador informal		13	52,0	27	58,7	40	56,4*	-0,5	0,5
Outro		2	8,0	1	2,2	3	4,2	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Outro elemento coresida com pessoa dependente</b>									
Neto/a		-	0,0	1	100,0	1	33,4*	Não aplicável	
Padrasto/Madrasta		1	50,0	-	0,0	1	33,3	Não aplicável	
Mãe/ Pai		1	50,0	-	0,0	1	33,3	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>		
<b>Local de Residência</b>									
Habitação própria		9	36,0	16	34,8	25	35,2	0,1	-0,1
Habitação do cuidador informal		16	64,0	30	65,2	46	64,8	-0,1	0,1
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Tipo de Habitação</b>									
Moradia		21	84,0	39	84,8	60	84,5	-0,1	0,1
Apartamento		4	16,0	7	15,2	11	15,5	0,1	-0,01
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

Legenda: \* foi processado arredondamento para efeito de acerto de percentagem total

• **Forma de deslocação e tipo de transporte utilizado em função do género do cuidador informal**

Referindo agora a forma de deslocação da pessoa dependente, a maioria, desloca-se pelo próprio pé (39,4%), logo de seguida surgem os que se deslocam em cadeira de rodas (36,6%), em maca (22,5%) e apoiado em terceiros, com 1,4%.

Para os cuidadores do sexo masculino, a forma de deslocação predominante da pessoa dependente, é a cadeira de rodas (48,0%), seguindo aqueles que deambulam pelo próprio pé (44,0%) e, por fim, os que se deslocam em maca, com 8,0%. As mulheres, de uma forma geral, mencionam que a pessoa dependente se desloca pelo próprio pé, com 37,0%. Seguem-se, com o mesmo percentual (30,4%), as que se deslocam em cadeira de rodas e em maca. Referiram ainda que a pessoa dependente se desloca apoiada em terceiros, com 2,2%.

Observando os resíduos ajustados, percebe-se que existem diferenças estatisticamente significativas para o sexo feminino que diz que as pessoas dependentes se deslocam em maca (valor residual > 1,96).

Quando questionados sobre o tipo de transporte que utilizam, a maioria (40,9%), refere utilizar transporte de familiares/vizinhos, seguindo-se os que utilizam ambulâncias (35,2%). Os transportes menos utilizados são o transporte próprio e o transporte público, com 16,9% e 7,0%, respetivamente.

Quadro 26 – Caracterização circunstancial em função do género do cuidador informal: forma de deslocação e tipo de transporte utilizado

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Forma de deslocação</b>									
Pelo próprio pé		11	44,0	17	37,0	28	39,4	0,6	-0,6
Em cadeira de rodas		12	48,0	14	30,4	26	36,6	1,5	-1,5
Em maca		2	8,0	14	30,4	16	22,5	-2,2	<b>2,2</b>
Apoiado em terceiros		-	0,0	1	2,2	1	1,4	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		
<b>Tipo de transporte utilizado</b>									
Transporte Próprio		5	20,0	7	15,2	12	16,9	0,5	-0,5
Transporte de familiares/vizinhos		11	44,0	18	39,1	29	40,9	0,4	-0,4
Transporte Público		1	4,0	4	8,7	5	7,0	Não aplicável	
Ambulância		8	32,0	17	37,0	25	35,2	-0,4	0,4
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

Dos utentes do sexo masculino, 44,0% usam transporte de familiares/vizinhos, seguindo-se 32,0% que necessitam de ser transportados em ambulância. Por fim, os menos representativos, são aqueles que usufruem de transporte próprio e público, 20,0% e 4,0%, respetivamente. Quanto ao sexo feminino, 39,1% utiliza transporte de familiares/vizinhos e 37,0% são transportados de ambulância. Os transportes menos referidos foram, o transporte próprio (15,2%) e o transporte público (8,7%).

Tendo em consideração os resíduos ajustados, observa-se que os dados não são estatisticamente significativos.

- ***Distância ao serviço de saúde mais próximo em função do género do cuidador informal***

Pela análise dos resultados descritos na Tabela 4, pode verificar-se que na amostra (71 inquiridos), a distância mínima ao serviço de saúde mais próximo é 1 quilómetro (km) e a máxima é 40km. Consta-se que, a distância média é de 8,83km, o Dp de 7,071km e CV de 80,07%, permitindo afirmar que existe uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à distância ao serviço de saúde mais próximo em função do sexo, verifica-se que a distância média para o sexo masculino (7,44km) é inferior à do sexo feminino (9,59km). Ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada (CV>15%). Conforme se verifica pelo *Teste U de Mann Whitney*, as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas (U=505,00; p=,398). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Sk/Std. Error) e de achatamento ou curtose (K/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição da distância ao serviço de saúde mais próximo, para o sexo feminino e na amostra total, é assimétrica positiva e leptocúrtica, para o sexo masculino a amostra mostra-se simétrica e mesocúrtica.

Tabela 4 – Estatísticas relativas à distância ao serviço de saúde em função do género do cuidador informal

Distância Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	25	1	20	7,44	4,917	1,50	0,09	66,08	33,20	U=505,00
Feminino	46	1	40	9,59	7,951	5,07	5,97	82,90	37,52	Z= - ,846
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>8,83</b>	<b>7,071</b>	<b>6,45</b>	<b>8,86</b>	<b>80,07</b>		p= ,398

Analisando agora o Quadro 27, que mostra as distâncias agrupadas em função do sexo, percebe-se que o grupo mais representativo é o dos 1 a 5km (40,8%), seguindo-se o grupo dos 6 a 10km (31,0%) e por último surge o grupo dos 11 a 40km, com uma representatividade de 28,2%.

Fazendo uma análise em função do sexo, pode constatar-se que são os participantes do sexo masculino, que mencionam distância ao serviço de saúde mais próximo compreendida entre 1 a 5km, os mais representativos, com uma percentagem de 44,0%, segue-se, o grupo de 6 a 10km (36,0%) e por fim o grupo de 11 a 40km (20,0%). Relativamente ao sexo feminino, tal como no sexo masculino, o grupo de 1 a 5km (39,1%) é o mais representativo e segue-se o grupo de 11 a 40km (32,6%). O menos representativo, é o grupo de 6 a 10km (28,3%). No entanto, ao realizar-se uma análise mais detalhada através dos valores residuais verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 27 – Caracterização circunstancial em função género do cuidador informal: distância ao serviço de saúde

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Masc.	Fem.
Distância serviço de saúde (km)								
1 a 5	11	44,0	18	39,1	29	40,8	0,4	-0,4
6 a 10	9	36,0	13	28,3	22	31,0	0,7	-0,7
11 a 40	5	20,0	15	32,6	20	28,2	-1,1	1,1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Funcionalidade Familiar**

Observando os resultados descritos na Tabela 5, para a Funcionalidade Familiar, pode verificar-se que na amostra em estudo os valores mencionados oscilam entre os 0 e os 10, correspondendo-lhe uma média de 5,59, um Dp de 3,540 e um CV de 63,22%, permitindo afirmar que existe uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do sexo, verifica-se que a média para o sexo masculino (5,48) é ligeiramente inferior à do sexo feminino (5,65). Ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada (CV > 30%), no entanto a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa (U=557,00; p=,826). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Sk/Std. Error) e de achatamento ou curtose (K/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total,

é simétrica. Para o total da amostra, revela-se e planicúrtica e para ambos os sexos mesocúrtica.

Tabela 5 – Estatísticas relativas à Escala de Apgar Familiar segundo o género do cuidador informal

Apgar Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	25	0	10	5,48	3,885	-0,33	-1,63	70,89	35,28	U=557,00
Feminino	46	0	10	5,65	3,381	-0,49	-1,63	59,84	36,39	Z= -,220
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>5,59</b>	<b>3,540</b>	<b>-0,6</b>	<b>-2,20</b>	<b>63,32</b>		<b>p= ,826</b>

Ao observar a Quadro 28, é possível constatar-se que genericamente a maioria dos sujeitos inquiridos tem uma família altamente funcional (40,8%). Seguidamente, surgem os sujeitos inseridos em famílias com moderada e acentuada disfunção, com a mesma percentagem, de 29,6%.

Diferenciando agora, em termos de sexo, percebe-se que 40,0% dos indivíduos do sexo masculino se encontram em famílias altamente funcionais, 32,0% em famílias com disfunção acentuada e, por fim, com 28,0% em famílias com moderada disfunção. Igualmente, os elementos inquiridos do sexo feminino encontram-se na sua maioria em famílias altamente funcionais (41,3%). Contrariamente, o grupo de se segue, com 30,4% pertence a famílias com moderada disfunção e 28,3% com disfunção acentuada.

Analisando os resíduos ajustados, pode afirmar-se que nenhum dos dados são estatisticamente significativos.

Quadro 28 – Estatísticas relativas ao nível de disfunção familiar em função do género do cuidador informal

Disfunção Familiar	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Disfunção acentuada		8	32,0	13	28,3	21	29,6	0,3	-0,3
Moderada disfunção		7	28,0	14	30,4	21	29,6	-0,2	0,2
Altamente funcional		10	40,0	19	41,3	29	40,8	-0,0	0,1
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>		

- **Apoio Social ao cuidador informal**

Verificando os dados da Tabela 6, num total de 71 inquiridos as pontuações obtidas na EAS variam entre 16 e 80, com uma média de 50,85 e um Dp de 14,303. Pelo valor do CV (28,12%), percebe-se que a dispersão é moderada em torno da média.

Particularizando, observa-se que a média no sexo masculino (49,16) é inferior ao sexo feminino (51,76). Nos homens, o Dp é de 15,742, com uma dispersão em torno da média elevada (32,02%). Já nas mulheres, o Dp é de 13,552 e com uma dispersão moderada (26,18%). Contudo, as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas (U=525,00; p=,547).

Analisando as medidas de assimetria (S/Std. Error) e de achatamento (K/Std. Error), pode dizer-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total, é mesocúrtica. Em ambos os sexos a amostra é simétrica, no entanto, para o total da amostra esta revela-se assimétrica negativa.

Tabela 6 – Estatísticas relativas ao total da EAS segundo o género

EAS Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
<b>Masculino</b>	25	16	80	49,16	15,742	-1,22	0,37	32,02	34,00	U=525,00
<b>Feminino</b>	46	16	76	51,76	13,552	-1,60	0,80	26,18	37,09	Z= - ,602
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>80</b>	<b>50,85</b>	<b>14,303</b>	<b>-2,05</b>	<b>0,74</b>	<b>28,12</b>		p= ,547

A análise seguinte refere-se a cada um dos fatores da EAS.

O primeiro fator a surgir é o Apoio Informativo, que compreende valores entre 6 e 30 no total de 71 inquiridos. A média é de 18,58, o Dp de 6,469 e apresenta uma dispersão elevada em torno da média (CV> 30%). Para os inquiridos de ambos os sexos, os valores variaram entre 6 e 30, no entanto os homens apresentam uma média (18,44) ligeiramente inferior às mulheres (18,65). O Dp apresenta valores de 6,696 e 6,416, respetivamente e ambos com dispersão elevada em torno da média. No entanto, as médias não apresentam valores estatisticamente significativos (U=562,50; p=-,880). A amostra total para este fator da EAS é simétrica e mesocúrtica.

O Apoio emocional é o fator que se segue, com um mínimo de 5 e máximo de 25. A média e o Dp apresentam valores de 15,90 e 4,902, respetivamente. A dispersão em torno da média

pode ser considerada como elevada (30,38%). Também, para ambos os sexos, os valores mínimos e máximos foram os mesmos, no entanto no sexo masculino a média apresentada foi de 15,48 e o Dp de 4,993 e nas mulheres, 16,13 e 4,893, respetivamente. Contudo, as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas ( $U=548,50$ ;  $p=,749$ ). A dispersão em torno da média é elevada para ambos os sexos ( $CV > 30\%$ ). Tendo em conta as medidas de enviesamento e achatamento, pode dizer-se que a amostra é simétrica e mesocúrtica.

O último fator desta escala designa-se como Apoio Instrumental, e os seus valores oscilam entre 5 e 25, com uma média de 16,37 e um Dp de 5,407. A dispersão em torno da média é elevada (33,02%). A média do sexo masculino (15,24) é inferior à do sexo feminino (16,98). Já o Dp para o sexo masculino é de 5,739 e das mulheres de 5,179. Para ambos os sexos os valores oscilam entre 5 e 25 e a dispersão em torno da média é elevada ( $CV > 30\%$ ). Pelo teste efetuado, percebe-se que as diferenças entre as médias dos sexos não são estatisticamente significativas ( $U=460,00$ ;  $p=,164$ ). Verificando as medidas de assimetria e de achatamento, pode dizer-se que a distribuição das idades, em ambos os sexos e na amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 7 – Estatísticas relativas aos fatores da EAS segundo o género

Sexo	EAS	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
										Ordenações	Médias
<b>Apoio Informativo</b>											
Masculino		25	6	30	18,44	6,696	-0,55	-0,10	36,31	35,50	U=562,50
Feminino		46	6	30	18,65	6,416	-0,79	-0,78	34,40	36,27	Z= - ,151
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>18,58</b>	<b>6,469</b>	<b>-0,93</b>	<b>-0,77</b>	<b>34,81</b>		p= ,880
<b>Apoio Emocional</b>											
Masculino		25	5	25	15,48	4,993	-1,00	0,32	32,25	34,94	U=548,50
Feminino		46	5	25	16,13	4,893	-0,21	-0,32	30,33	36,58	Z= - ,320
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>15,90</b>	<b>4,902</b>	<b>-0,73</b>	<b>-0,14</b>	<b>30,83</b>		p= ,749
<b>Apoio Instrumental</b>											
Masculino		25	5	25	15,24	5,739	-0,61	-0,39	37,65	31,40	U=460,00
Feminino		46	5	25	16,98	5,179	-1,94	0,07	30,50	38,50	Z= -1,393
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>16,37</b>	<b>5,407</b>	<b>-1,87</b>	<b>-0,42</b>	<b>33,02</b>		p= ,164

Genericamente, pode afirmar-se, observando o Quadro 29, que a maioria dos cuidadores informais inquiridos afirma receber moderado apoio social (69,0%) e 16,9% ter elevado apoio social. Menos representatividade, têm aqueles que possuem baixo apoio social, com 14,1%.

Ambos os sexos dizem maioritariamente receber moderado apoio social, com 68,0% de homens e 69,5% de mulheres. Para os indivíduos do sexo masculino seguem aqueles que têm baixo apoio social (20,0%) e, por fim, os sujeitos com elevado apoio social (12,0%). Contrariamente, os inquiridos do sexo feminino que surgem em posição intermédia são aqueles que recebem elevado apoio social (19,6%) e com menor representatividade (10,9%) aquelas que possuem baixo apoio social. Analisando, os resíduos ajustados pode afirmar-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 29 – Estatísticas relativas ao nível de apoio social em função do género

Apoio Social	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Baixo Apoio Social		5	20,0	5	10,9	10	14,1	1,1	-1,1
Moderado Apoio Social		17	68,0	32	69,5*	49	69,0	-0,1	0,1
Elevado Apoio Social		3	12,0	9	19,6	12	16,9	-0,8	0,8
	<i>Total</i>	<i>25</i>	<i>100,0</i>	<i>46</i>	<i>100,0</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>		

Legenda: \* foi processado arredondamento para efeito de acerto de percentagem total

- ***Sobrecarga do cuidador informal***

A caracterização da sobrecarga do cuidador informal baseia-se na análise das pontuações obtidas no QASCI cujos resultados se apresentam de seguida.

Da análise da Tabela 8, percebe-se que de uma forma geral os scores alusivos à sobrecarga do cuidador informal variam de 32 a 160, com uma média de 93,23 e um Dp de 28,777. A dispersão em torno da média elevada (30,33%). Segundo o sexo masculino, pode verificar-se que os níveis de sobrecarga variam entre um mínimo de 39 e um máximo de 160. O valor da média de sobrecarga é de 92,88 com um Dp de 30,444 e com uma dispersão elevada. Quanto ao sexo feminino, os scores obtidos variam entre o mínimo permitido pela escala (32) e o máximo (160). A média apresenta um valor de 93,41 e um Dp de 27,374. A sua dispersão é considerada moderada (29,30%). Contudo, observa-se que as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas ( $U=549,00$ ;  $p=,754$ ). No que concerne às medidas de assimetria e achatamento, a amostra apresenta-se simétrica e mesocúrtica. Esta classificação é válida quer falemos do total dos sujeitos cuidadores, quer os agrupemos em função do sexo.

Tabela 8 – Estatísticas relativas ao total do QASCI segundo o género

QASCI Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
<b>Masculino</b>	25	39	160	92,88	30,444	1,65	0,340	32,77	34,96	U=549,00
<b>Feminino</b>	46	32	160	93,41	27,374	0,12	0,29	29,30	36,57	Z= - ,313
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>32</b>	<b>160</b>	<b>93,23</b>	<b>28,777</b>	<b>1,17</b>	<b>0,26</b>	<b>30,33</b>		p= ,754

Para poder analisar e comparar os vários fatores do QASCI entre si, transformaram-se os seus valores em percentagens. Assim, o mínimo possível é 0 e o máximo é 100 (que equivale a 100%).

Analisando a Tabela 9, verifica-se que existem, em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentam sobrecarga mínima de 0 (nenhuma sobrecarga) e sobrecarga máxima de 100 (sobrecarga máxima possível), o que se comprova pelos coeficientes de variação que mostram, em todos os fatores, uma dispersão elevada. Os valores das médias variam entre 36,90 e 53,96, que correspondem aos fatores *Satisfação com o Papel e com o Familiar e Implicações Vida Pessoal*, respetivamente. O Dp mínimo observado corresponde ao fator *Sobrecarga Emocional* (24,272) e o máximo (36,960) ao fator *Sobrecarga Financeira*. Independentemente do sexo, a dispersão em torno das médias é sempre elevado, o menor valor é de 45,16% para o sexo feminino no fator *Implicações Vida Pessoal*.

Em nenhum fator a diferença entre as médias é estatisticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ).

As medidas de assimetria e achatamento, revelam que estamos perante uma amostra simétrica e mesocúrtica, exceto nos fatores *Sobrecarga Financeira*, *Reações a Exigências* e *Satisfação com o Papel e com o Familiar*. Ao primeiro fator corresponde uma amostra simétrica e planicúrtica, as amostras integrantes do segundo e terceiro fatores são assimétricas, com enviesamento à esquerda e mesocúrticas.

Tabela 9 – Estatísticas relativas aos fatores do QASCI segundo o género

Fatores QASCI	Sexo	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdErr or	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
										Ordenação s Médias	
<b>Sobrecarga Emocional</b>											
Masculino		25	18,75	100,0	48,50	24,022	1,54	-0,24	49,53	34,16	U=529,00
Feminino		46	0,0	100,0	50,27	24,648	0,11	-0,84	49,03	37,00	Z= - ,556
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>49,64</b>	<b>24,272</b>	<b>0,89</b>	<b>-1,00</b>	<b>48,88</b>		<b>p= ,578</b>
<b>Implicações Vida Pessoal</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	53,09	25,619	0,44	-0,24	48,25	35,18	U=554,50
Feminino		46	0,0	100,0	54,44	24,590	0,28	-0,26	45,16	36,45	Z= - ,247
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>53,96</b>	<b>24,782</b>	<b>0,46</b>	<b>-0,48</b>	<b>45,92</b>		<b>p= ,805</b>
<b>Sobrecarga Financeira</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	52,50	39,031	-0,20	-1,61	74,34	37,40	U=540,00
Feminino		46	0,0	100,0	48,64	36,154	0,40	-1,90	74,32	35,24	Z= - ,429
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>50,00</b>	<b>36,960</b>	<b>0,20</b>	<b>-2,43</b>	<b>73,92</b>		<b>p= ,668</b>
<b>Reações a Exigências</b>											
Masculino		25	5,0	100,0	40,20	26,711	1,78	0,14	66,44	36,86	U=553,50
Feminino		46	0,0	100,0	38,80	29,966	1,56	-0,65	77,22	35,53	Z= - ,260
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>39,29</b>	<b>28,676</b>	<b>2,11</b>	<b>-0,59</b>	<b>72,97</b>		<b>p= ,795</b>
<b>Perceção de Mecanismos de Eficácia e Controlo</b>											
Masculino		25	8,33	100,0	53,00	25,101	0,98	-0,40	47,36	35,58	U=564,50
Feminino		46	0,0	100,0	52,71	26,355	-0,01	-0,61	49,99	36,23	Z= - ,127
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>52,81</b>	<b>25,740</b>	<b>0,47</b>	<b>-0,79</b>	<b>48,73</b>		<b>p= ,899</b>
<b>Suporte Familiar</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	44,50	31,474	0,95	-0,47	70,72	32,54	U=488,50
Feminino		46	0,0	100,0	52,17	32,628	-0,74	-1,43	62,53	37,88	Z= -1,054
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>49,47</b>	<b>32,212</b>	<b>-0,08</b>	<b>-1,72</b>	<b>65,11</b>		<b>p= ,292</b>
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	38,00	29,047	2,08	0,63	76,44	36,38	U=565,50
Feminino		46	0,0	100,0	36,30	29,635	1,17	-1,14	81,63	35,79	Z= - ,115
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>36,90</b>	<b>29,232</b>	<b>2,02</b>	<b>-0,71</b>	<b>79,21</b>		<b>p= ,908</b>

- **Dificuldades sentidas pelo cuidador informal**

A caracterização das dificuldades sentidas pelo cuidador informal baseia-se na análise

dos valores estatísticos do total do CADI, cujos dados se apresentam de seguida.

Tendo em conta a Tabela 10, é possível ver-se que o score relativo às dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados varia entre um mínimo de 30 e um máximo de 120, sendo estes os valores limite admitidos pela escala. O valor da média é de 74,24 com um Dp de 21,717. Os resultados do CV apontam para uma dispersão moderada (29,25%).

No que se refere ao sexo masculino, verifica-se que apresenta uma média e Dp (68,36; Dp=17,543) inferior ao sexo feminino (77,43; Dp=23,235). Em ambos os sexos, a dispersão em torno da média é moderada, com 25,66% e 30,00%, respetivamente. Analisando as medidas de assimetria e achatamento, estas revelam que a amostra em presença é simétrica e mesocúrtica. Considerando agora as diferenças entre as médias, estas não são consideradas estatisticamente significativas (U=418,50; p=,059).

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao total do CADI segundo o género

CADI Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ordenações	Médias
Masculino	25	30	101	68,36	17,543	-0,85	-0,38	25,66	29,74	U=418,50
Feminino	46	30	120	77,43	23,235	-1,16	-0,82	30,00	39,40	Z= -1,885
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>30</b>	<b>120</b>	<b>74,24</b>	<b>21,717</b>	<b>-0,84</b>	<b>-0,95</b>	<b>29,25</b>		p= ,059

Para que de uma forma mais correta se pudesse comparar e analisar os vários fatores do CADI, entre si, foram calculadas as percentagens ponderadas de cada dimensão.

Como pode verificar-se na Tabela 11, existem em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentam o valor mínimo de 0 (nenhuma dificuldade) e valor máximo de 100 (que equivale a 100%), o que é demonstrado pelos coeficientes de variação que revelam uma dispersão muito elevada (CV> 30%). Os fatores onde, em média, os cuidadores apresentam maiores dificuldades são: *Exigências do Cuidar*, com valor médio de 56,80 e Dp de 28,924; *Reações ao Cuidar*, com valor médio de 56,11 e Dp 27,084 e *Restrições Sociais*, com valor médio de 51,57 e Dp de 27,824. Na análise do género, percebe-se que em todos os fatores, o sexo feminino apresenta valores médios de dificuldades superiores ao sexo masculino.

O valor médio de dificuldades mais baixo corresponde ao fator *Apoio Profissional*, com média de 36,38 e Dp de 34,308. A maior diferença sentida entre cuidadores informais do sexo masculino e feminino acontece no fator *Apoio Familiar*, que apresenta uma média de 34,66 e Dp de 32,956, comparativamente a 59,05 e Dp de 37,467, respetivamente. As medidas de

assimetria e achatamento, revelam uma amostra simétrica e mesocúrtica, exceto no fator *Apoio Familiar* e *Apoio Profissional*, onde a amostra se apresenta simétrica e planicúrtica.

Apenas nos fatores *Restrições Sociais* e *Apoio Familiar* se pode considerar que a diferença entre as médias é estatisticamente significativa (U=408,00; p=,044 e U=357,00; p=008, respetivamente).

Tabela 11 – Estatísticas relativas aos fatores do CADI segundo o género

Fatores CADI	Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
										Ordenações	Médias
<b>Problemas Relacionais</b>											
Masculino		25	0,0	75,00	38,16	18,891	0,27	-0,02	49,49	32,90	U=497,50
Feminino		46	0,0	100,0	43,65	26,450	-0,04	-1,19	60,58	37,68	Z= -,935
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>41,75</b>	<b>24,064</b>	<b>0,35</b>	<b>-1,01</b>	<b>57,67</b>		p= ,350
<b>Restrições Sociais</b>											
Masculino		25	0,0	76,19	43,42	24,755	-1,52	-1,01	57,00	29,32	U=408,00
Feminino		46	0,0	100,0	56,00	28,645	-0,82	-1,36	51,14	39,63	Z= -2,016
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>51,57</b>	<b>27,824</b>	<b>-0,97</b>	<b>-1,38</b>	<b>53,94</b>		p= ,044
<b>Exigências do Cuidar</b>											
Masculino		25	0,0	90,48	50,85	26,108	-1,71	-0,17	51,33	30,82	U=445,50
Feminino		46	0,0	100,0	60,04	30,124	-1,56	-1,06	50,17	38,82	Z= -1,563
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>56,80</b>	<b>28,924</b>	<b>-1,82</b>	<b>-1,06</b>	<b>50,91</b>		p= ,118
<b>Reações ao Cuidar</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	47,00	27,309	-0,87	-0,47	0,58	32,54	U=488,50
Feminino		46	0,0	100,0	54,89	26,849	-0,41	-1,05	48,91	<b>37,88</b>	Z= -1,047
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>52,11</b>	<b>27,084</b>	<b>-0,81</b>	<b>-1,01</b>	<b>51,97</b>		p= ,295
<b>Apoio Familiar</b>											
Masculino		25	0,0	100,0	34,66	32,956	0,72	-1,41	95,06	27,28	U=357,00
Feminino		46	0,0	100,0	59,05	37,467	-1,36	-1,74	63,44	<b>40,74</b>	Z= -2,669
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>50,46</b>	<b>37,582</b>	<b>-0,47</b>	<b>-2,54</b>	<b>74,42</b>		p= ,008
<b>Apoio Profissional</b>											
Masculino		25	0,0	83,33	28,00	29,549	1,45	-0,86	105,53	31,42	U=460,50
Feminino		46	0,0	100,0	40,94	36,125	0,60	-1,99	88,23	<b>38,49</b>	Z= -1,416
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>36,38</b>	<b>34,308</b>	<b>1,38</b>	<b>-2,13</b>	<b>94,29</b>		p= ,157

## 5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, surge a análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto (Pestana & Gageiro, 2003). Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população”, ou seja, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Segue-se então, a análise das correlações entre as diversas variáveis e os dois índices, QASCI e CADI utilizados, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos do presente estudo.

### 5.2.1 – Influência do grau de dependência nas ABVD's da pessoa dependente na sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

Das diversas características da pessoa dependente, apenas se pretende verificar a influência da variável “grau de dependência nas ABVD's” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades sentidas pelo cuidador informal. Tendo a nossa amostra uma distribuição não normal foi utilizado o *Teste de Kruskal-Wallis* para analisar a influência desta variável, seguindo-se o *Teste Post-Hoc de Tukey*, no sentido de localizar diferenças entre grupos.

- ***Dependência da pessoa dependente nas ABVD's versus (vs) Sobrecarga e dificuldades***

De forma a encontrar resultados mais firmes, os dados colhidos relativos à dependência da pessoa dependente nas ABVD's, foram reestruturados ficando com três níveis de dependência (cf. Quadro 30) com os seguintes elementos: 47 cuidadores de utentes com dependência severa ou total (grupo A), 11 cuidadores de pessoas com dependência moderada (grupo B) e 13 cuidadores de pessoas independentes ou com ligeira dependência (grupo C).

Quanto ao efeito da variável “grau dependência nas ABVD's” sobre o índice de sobrecarga, pela análise de variância, encontram-se diferenças muito significativas nos fatores: *Implicações na Vida do Cuidador Informal* ( $H=11,552$ ,  $p=,003$ ) e *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $H=9,383$ ,  $p=,009$ ). As diferenças são apenas

significativas para os fatores: *Sobrecarga Financeira* ( $H=7,574$ ,  $p=,023$ ) e *QASCI total* ( $H=6,790$ ,  $p=,034$ ).

Quadro 30 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função do grau de dependência da pessoa dependente

Grau Dependência	A: Total/ Severo (N=47)	B: Moderado (N=11)	C: Ligeiro/ Independente (N=13)	Teste <i>Kruskal-Wallis</i>		Post – Hoc ( <i>Tukey</i> )
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>						
Sobrecarga emocional	39,62	24,68	32,50	5,174	,075	
Implicações na vida do cuidador informal	41,89	26,41	22,81	<b>11,552</b>	<b>,003</b>	<b>A &gt; B (,047)</b> <b>A &gt; C (,006)</b>
Sobrecarga financeira	40,60	30,00	24,46	<b>7,574</b>	<b>,023</b>	<b>A &gt; C (,027)</b>
Reações a exigências do cuidar	38,09	33,18	30,85	1,505	,471	
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	41,29	27,41	24,15	<b>9,383</b>	<b>,009</b>	<b>A &gt; C (,017)</b>
Suporte familiar	38,95	34,36	36,73	3,742	,154	
Satisfação com o papel e com o familiar	37,31	36,91	30,50	1,147	,564	
<b>QASCI total</b>	40,51	28,91	25,69	<b>6,790</b>	<b>,034</b>	<b>A &gt; C (,049)</b>
<b>Fatores CADI</b>						
Problemas relacionais	39,27	36,18	24,04	5,566	,062	
Restrições sociais	42,26	31,95	16,81	<b>16,071</b>	<b>,000</b>	<b>A &gt; C (,000)</b>
Exigências do cuidar	42,09	29,86	19,19	<b>13,746</b>	<b>,001</b>	<b>A &gt; C (,001)</b>
Reações ao cuidar	41,85	27,91	21,69	<b>11,833</b>	<b>,003</b>	<b>A &gt; C (,003)</b>
Apoio familiar	40,79	27,91	25,54	<b>7,819</b>	<b>,020</b>	<b>A &gt; C (,038)</b>
Apoio profissional	40,72	28,50	25,27	<b>7,843</b>	<b>,020</b>	<b>A &gt; C (,033)</b>
<b>CADI total</b>	41,77	31,64	18,85	<b>13,149</b>	<b>,001</b>	<b>A &gt; C (,001)</b>

Após aplicação do *Teste Post-Hoc de Tukey* verifica-se que: no fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal* existe uma diferença significativa entre o grupo A ( $M=41,89$ ) e o grupo B ( $M=46,81$ ,  $Tukey=,047$ ) e muito significativas entre o grupo A ( $M=41,89$ ) e o grupo C ( $M=22,81$ ,  $Tukey=,006$ ), mostrando que surgem maiores repercussões negativas, tais como, diminuição do tempo disponível e afetação da saúde, nos cuidadores de pessoas com dependência severa ou total comparativamente aqueles que cuidam de pessoas moderadamente dependentes e independentes ou com dependência ligeira; no fator *Sobrecarga Financeira* existe uma diferença significativa entre A ( $M=40,60$ ) e C ( $M=24,46$ ,  $Tukey=,027$ ), sugerindo uma maior sobrecarga financeira por parte dos cuidadores informais de pessoas com dependência severa ou total, comparativamente com os cuidadores de pessoas independentes ou com ligeira dependência. No que respeita ao fator *Percepção de*

*Mecanismos de Eficácia e de Controle*, existe uma diferença muito significativa entre os elementos que compõem o grupo A (M=41,29) quando comparados aos do grupo C (M=24,15, *Tukey*=,017). No *QASCI total* existe uma diferença significativa, verificando-se uma maior sobrecarga do grupo A (M=40,51) em relação ao grupo C (M=25,59, *Tukey*=,049), sugerindo que as diferenças encontradas nos anteriores fatores são suficientes para influenciar, de forma estatisticamente significativa, o total do índice de sobrecarga.

Relativamente à influência da variável nas dificuldades sentidas pelo cuidador pelas análises de variância, verifica-se a existência de um efeito significativo sobre os fatores: *Restrições Sociais* (H=16,071, p=,000); *Exigências do Cuidar* (H=13,746, p=,001); *Reações ao Cuidar* (H=11,833, p=,003); *Apoio Familiar* (H=7,819, p=,020); *Apoio Profissional* (H=7,843, p=,020) e *CADI total* (H=13,149, p=,001). Após aplicação do *Teste Post-Hoc de Tukey* verifica-se que estas diferenças se situam todas entre os grupos A e C com ligeira significância no fator *Apoio Familiar e Apoio Profissional* e muita significância nos restantes.

**Síntese:** A generalidade dos resultados obtidos é de confirmação de efeitos significativos da variável “grau de dependência nas ABVD’s” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador. Verifica-se, com valores estatisticamente muito significativos ( $p < 0,01$ ), que o grupo constituído por cuidadores informais de pessoas com dependência severa ou total, como era esperado e compreensível, apresentam, no total, maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os cuidadores informais de pessoas com dependência ligeira ou independentes.

### **5.2.2 – Influência das características sociodemográficas do cuidador informal sobre os seus níveis de sobrecarga e de dificuldades**

No seguinte subcapítulo serão analisadas as influências que algumas das variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares têm sobre a sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais.

- **Género vs Sobrecarga e Dificuldades**

Em relação à influência da variável “género”, os resultados dos *Testes U de Mann Whitney*, tendo por referência os índices de sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais (cf. Quadro 31), mostram que de uma forma geral, os sujeitos do sexo masculino não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino relativamente aos diferentes fatores do *QASCI* e do *CADI*, exceto no que respeita ao fator *Restrições Sociais* e *Apoio Familiar* (p=,044 e p=,008, respetivamente).

Quadro 31 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney*: sobrecarga e dificuldades em função do género do cuidador

Fatores QASCI	Sexo	Masculino		Feminino		U de Mann Whitney		
	N	Ordenação média	n	Ordenação média	U	Z	P	
Sobrecarga emocional	25	34,16	46	37,00	529,00	-,556	,578	
Implicações na vida do cuidador informal	25	35,18	46	36,45	554,50	-,247	,805	
Sobrecarga financeira	25	37,40	46	35,24	540,00	-,429	,668	
Reações a exigências do cuidar	25	36,86	46	35,24	553,50	-,260	,795	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	25	35,58	46	36,23	564,50	-,127	,899	
Suporte familiar	25	32,54	46	37,88	488,50	-1,054	,292	
Satisfação com o papel e com o familiar	25	36,38	46	35,79	565,50	-,115	,908	
<b>QASCI total</b>	25	34,96	46	36,57	549,00	-,313	,754	
<b>Fatores CADI</b>								
Problemas relacionais	25	32,90	46	39,63	497,50	-,935	,350	
Restrições sociais	<b>25</b>	<b>29,32</b>	<b>46</b>	<b>39,63</b>	<b>408,00</b>	<b>-2,016</b>	<b>,044</b>	
Exigências do cuidar	25	30,82	46	38,82	445,50	-1,563	,118	
Reações ao cuidar	25	32,54	46	37,88	488,50	-1,047	,295	
Apoio familiar	<b>25</b>	<b>27,28</b>	<b>46</b>	<b>40,74</b>	<b>357,00</b>	<b>-2,669</b>	<b>,008</b>	
Apoio profissional	25	31,42	46	38,49	460,50	-1,416	,157	
<b>CADI total</b>	25	29,74	46	39,40	418,50	-1,885	,059	

Todavia, uma análise cuidadosa dos dados evidenciam que são os homens que apresentam maior perceção de sobrecarga, nos fatores: *Sobrecarga Financeira*; *Reações a Exigências do Cuidar* e *Satisfação com o Papel e com o Familiar*. Já as mulheres evidenciam maiores níveis de sobrecarga nos fatores: *Sobrecarga Emocional*; *Implicações na Vida do Cuidador Informal*; *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo* e *Suporte Familiar*. De uma forma global, as mulheres percecionam maiores níveis de sobrecarga do que os homens.

No que diz respeito à perceção de dificuldades, são as mulheres que, genericamente, evidenciam mais dificuldades quando comparadas com os homens, tanto para cada um dos fatores como para o total da escala.

- **Idade vs Sobrecarga e Dificuldades**

Para se quantificar a associação entre a “idade” e as variáveis dependentes em estudo (sobrecarga e dificuldades do cuidador informal), recorreu-se à *Regressão Linear* que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação, existente entre as duas variáveis. Observando os resultados obtidos pela regressão, tendo por base o nível

de sobrecarga avaliado pelo QASCI (cf. Tabela 12), percebe-se que não existe uma associação estatisticamente significativa em nenhum dos fatores deste questionário, assim como para o seu total.

Tabela 12 – Análise de regressão linear simples entre os fatores do QASCI e CADI e a idade

Fatores QASCI	r	R <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Sobrecarga emocional	,035	0,1	,771	,292	,771
Implicações na vida do cuidador informal	,026	0,1	,828	,219	,828
Sobrecarga financeira	,050	0,3	,677	-,418	,677
Reações a exigências do cuidar	,023	0,1	,846	-,195	,846
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	,005	0,0	,965	-,044	,965
Suporte familiar	,115	1,3	,341	,958	,341
Satisfação com o papel e com o familiar	,028	0,1	,817	-,232	,817
<b>QASCI total</b>	,009	0,0	,940	,075	,940
Fatores CADI					
Problemas relacionais	,110	1,2	,362	,918	,362
Restrições Sociais	,217	4,7	,069	1,850	,069
Exigências do cuidar	,153	2,3	,204	1,284	,204
Reações ao cuidar	,140	2,0	,244	1,176	,244
Apoio familiar	<b>,312</b>	<b>9,7</b>	<b>,008</b>	<b>2,730</b>	<b>,008</b>
Apoio profissional	,181	3,3	,130	1,533	,130
<b>CADI total</b>	,201	4,0	,093	1,704	,093

Focalizando a análise dos resultados das regressões tendo por referência as dificuldades do cuidador informal avaliadas pelo CADI (cf. Tabela 12), constata-se que estes expressam a existência de associações muito significativas ( $p=,008$ ) entre a idade e o fator *Apoio Familiar* ( $r=,312$ ). O facto de a associação ser positiva indicia que a intensidade da associação entre essas variáveis se faz no mesmo sentido, assim quanto maior a idade maiores as dificuldades sentidas no que respeita ao *Apoio Familiar*.

- **Estado civil vs Sobrecarga e Dificuldades**

Em relação ao efeito da variável “estado civil” na sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, verifica-se (cf. Quadro 32) que os valores médios de sobrecarga e dificuldades são, na generalidade, muito semelhantes entre os vários grupos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fatores e totais dos dois índices.

Quadro 32 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função do estado civil do cuidador informal

Estado Civil	Casado (N=59)	Solteiro/ Divorciado (N=10)	Viúvo (N=2)	<i>Teste Kruskal-Wallis</i>	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>Fatores QASCI</b>					
Sobrecarga emocional	34,90	40,85	44,25	1,050	,592
Implicações na vida do cuidador informal	34,47	44,30	39,75	2,015	,365
Sobrecarga financeira	35,79	37,35	35,50	,052	,974
Reações a exigências do cuidar	36,17	32,40	49,00	1,109	,575
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	37,41	32,25	13,25	3,070	,215
Suporte familiar	35,51	42,95	15,75	3,171	,205
Satisfação com o papel e com o familiar	36,40	34,45	32,00	,155	,925
<b>QASCI total</b>	35,32	40,20	35,00	,483	,786
<b>Fatores CADI</b>					
Problemas relacionais	36,03	33,65	47,00	,701	,704
Restrições sociais	36,29	34,75	33,75	,072	,964
Exigências do cuidar	35,57	38,50	36,25	,174	,917
Reações ao cuidar	34,76	43,40	35,50	1,514	,469
Apoio familiar	34,96	41,95	37,00	1,020	,600
Apoio profissional	36,49	32,75	37,75	,312	,855
<b>CADI total</b>	35,86	36,35	38,25	,029	,986

- **Habilitações Literárias vs Sobrecarga e Dificuldades**

Em relação ao efeito da variável “habilitações literárias” na sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, verifica-se (cf. Quadro 33) que os valores médios de sobrecarga e dificuldades são, na generalidade, muito semelhantes entre os vários grupos, no entanto para o fator *Sobrecarga Financeira* os dados são estatisticamente significativos ( $H=12,668$ ;  $p=,049$ ), sendo que as diferenças se localizam entre aqueles que têm o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ( $M=42,48$ ) e os que concluíram o ensino superior ( $M=20,13$ ,  $Tukey=,023$ ), após aplicação do *Teste Post-Hoc de Tukey*. Sendo assim, os elementos do grupo C, apresentam maiores níveis de sobrecarga que os do grupo G no que respeita às questões financeiras inerentes ao cuidar.

Quadro 33 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função do estado civil do cuidador informal

Habilitações Literárias	A: S/Escolaridade (N=3)	B: Ler/Escrever (N=5)	C: 4ª classe (N=26)	D: 6º ano (N=5)	E: 9º ano (N=10)	F: 12ª ano (N=10)	G: Superior (N=12)	Teste Kruskal-Wallis		Post-Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
Sobrecarga emocional	39,50	31,80	41,71	39,30	39,75	29,55	25,38	6,964	,324	
Implicações na vida do cuidador informal	45,33	35,80	42,87	32,40	38,70	30,70	22,54	9,603	,142	
Sobrecarga financeira	54,50	36,00	42,48	33,70	33,80	36,00	20,13	<b>12,668</b>	<b>,049</b>	<b>C &gt; G (.023)</b>
Reações a exigências do cuidar	19,67	41,80	41,75	32,60	39,50	28,75	29,75	7,093	,312	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	38,17	31,70	42,85	34,60	35,95	33,75	24,92	6,793	,340	
Suporte familiar	26,83	41,50	39,08	29,80	36,35	31,90	35,04	2,460	,873	
Satisfação com o papel e com o familiar	34,83	35,00	36,94	38,00	35,10	36,50	34,17	,245	1,00	
<b>QASCI total</b>	<b>37,83</b>	<b>37,20</b>	<b>42,75</b>	<b>31,90</b>	<b>37,75</b>	<b>31,50</b>	<b>24,42</b>	<b>7,351</b>	<b>,290</b>	
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	44,33	33,90	39,92	39,50	32,50	29,55	33,13	3,133	,792	
Restrições sociais	48,17	31,00	40,21	34,10	36,10	35,40	27,13	4,715	,581	
Exigências do cuidar	49,17	37,50	41,38	31,50	34,20	29,40	29,29	5,649	,464	
Reações ao cuidar	60,33	41,20	39,46	27,30	36,90	32,70	25,88	9,363	,154	
Apoio familiar	39,33	53,70	40,08	38,80	27,85	25,10	33,67	9,686	,138	
Apoio profissional	34,83	29,20	38,67	32,40	33,95	34,25	38,00	1,503	,959	
<b>CADI total</b>	<b>49,83</b>	<b>36,50</b>	<b>40,62</b>	<b>33,00</b>	<b>33,00</b>	<b>29,85</b>	<b>31,21</b>	<b>4,505</b>	<b>,609</b>	

- **Situação laboral vs Sobrecarga e Dificuldades**

Após a utilização do *Teste de Kurskal-Wallis* e considerando a influência da variável “situação laboral” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, a análise dos valores médios são na globalidade muito semelhantes, não havendo nenhum fator destacado por ser estatisticamente significativo (cf. Quadro 34), variando entre um n de 36 elementos que se encontram empregados e 5 desempregados.

Quadro 34 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função da situação profissional do cuidador informal

Situação Profissional	Empregado (N=36)	Desempregado (N=5)	Doméstico (N=13)	Reformado (N=17)	Teste Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>Fatores QASCI</b>						
Sobrecarga emocional	33,76	44,30	33,00	40,59	2,368	,500
Implicações na vida do cuidador informal	30,74	44,50	33,96	46,21	7,495	,058
Sobrecarga financeira	34,11	36,40	34,77	40,82	1,322	,724
Reações a exigências do cuidar	37,31	36,60	31,42	36,56	,805	,848
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36,19	38,60	27,96	40,97	3,077	,380
Suporte familiar	36,13	43,90	31,81	36,62	1,318	,725
Satisfação com o papel e com o familiar	37,78	36,50	28,54	37,79	2,123	,547
<b>QASCI total</b>	<b>34,01</b>	<b>41,80</b>	<b>31,15</b>	<b>42,21</b>	<b>2,984</b>	<b>,394</b>
<b>Fatores CADI</b>						
Problemas relacionais	35,83	28,50	30,62	42,68	3,339	,342
Restrições sociais	34,47	39,70	36,19	38,00	,522	,914
Exigências do cuidar	32,94	44,20	31,69	43,35	4,323	,229
Reações ao cuidar	32,96	42,60	34,77	41,44	2,546	,467
Apoio familiar	34,85	41,10	38,88	34,74	,761	,859
Apoio profissional	36,21	37,80	28,04	41,12	3,190	,363
<b>CADI total</b>	<b>34,06</b>	<b>37,70</b>	<b>32,65</b>	<b>42,18</b>	<b>2,219</b>	<b>,528</b>

Sendo assim, surgiu a necessidade de reestruturar a categorização dos dados colhidos, criando-se assim duas categorias: cuidadores informais ativos, que engloba aqueles que se encontram empregados e cuidadores informais inativos composto por desempregados, domésticos e reformados. Para se verificar esta influência, recorreu-se ao teste *t* de *student*, visto ter ficado apenas com duas categorias. Dos resultados desta análise (cf. Quadro 35), e após comparação com os dados colhidos na categorização anterior, pode concluir-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos no fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal* ( $t=-2.308$ ,  $p=,024$ ) para o índice QASCI.

Relativamente à influência da “situação laboral” sobre o índice de dificuldades do cuidador informal da pessoa dependente, não se observam dados estatisticamente significativos.

**Síntese:** Os cuidadores informais que se encontram inativos atingem níveis de sobrecarga e de dificuldades superiores, comparativamente com os cuidadores informais ativos no que toca a questões que influenciam a vida pessoal deste.

Quadro 35 – Resultados do *Teste t de student*: sobrecarga e dificuldades em função da situação laboral do cuidador informal

Situação laboral	Ativo			Inativo			Levene	p	t	P
	N	$\bar{x}$	Dp	N	$\bar{x}$	Dp				
<b>Fatores QASCI</b>										
Sobrecarga emocional	36	46,52	23,501	35	52,85	24,969	,156	,694	-1,10	,275
Implicações na vida do cuidador informal	36	47,47	22,510	35	60,64	25,539	,989	,323	<b>-2,308</b>	<b>,024</b>
Sobrecarga financeira	36	46,52	34,409	35	53,57	39,594	1,928	,169	-,801	,426
Reações a exigências do cuidar	36	39,86	26,470	35	38,71	31,162	,313	,578	,167	,868
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36	52,54	25,882	35	53,09	25,968	,107	,744	-,089	,929
Suporte familiar	36	50,00	28,504	35	48,92	36,046	2,335	,131	,139	,890
Satisfação com o papel e com o familiar	36	39,02	28,631	35	34,71	30,096	,006	,936	,619	,538
<b>QASCI total</b>	36	45,42	21,567	35	50,31	22,658	,049	,826	-,932	,355
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	36	40,85	22,708	35	42,61	25,686	,575	,451	-,307	,760
Restrições sociais	36	49,33	29,180	35	53,87	26,582	,443	,508	-,685	,496
Exigências do cuidar	36	53,30	27,433	35	60,40	30,354	1,834	,180	-1,035	,304
Reações ao cuidar	36	48,37	26,488	35	55,95	27,532	,214	,645	-1,181	,242
Apoio familiar	36	48,61	38,291	35	52,38	37,299	,077	,783	-,420	,676
Apoio profissional	36	36,11	32,974	35	36,66	36,109	,970	,328	-,068	,946
<b>CADI total</b>	36	46,94	24,277	35	51,42	24,165	,006	,936	-,781	,438

- **Rendimento mensal vs Sobrecarga e Dificuldades**

Quanto ao efeito da variável “rendimento mensal” do cuidador informal sobre o índice de sobrecarga (cf. Quadro 36), verifica-se que não existe qualquer efeito significativo em nenhum dos dados obtidos na amostra.

No que respeita ao efeito do “rendimento mensal” nas dificuldades do cuidador informal verifica-se um efeito significativo apenas no fator *Apoio Familiar* ( $H=6,017$ ,  $p=,049$ ). Os *Testes Post-Hoc de Tukey* mostram que os cuidadores informais que recebem menos que 500€ ( $M=41,20$ ), manifestam mais dificuldades relacionadas com esse fator que os cuidadores informais que recebem mais de 1000€ ( $M=29,20$ ,  $Tukey=,049$ ).

**Síntese:** Os cuidadores informais com rendimentos inferiores a 500€ apresentam menor *Apoio Familiar*, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente nos totais dos dois índices (QASCI e CADI).

Quadro 36 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função do rendimento mensal do cuidador informal

Rendimento Mensal	A: <500 euros (N=40)	B: 500-1000 euros (N=22)	C: >1000 euros (N=9)	Teste Kruskal-Wallis		Post – Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>						
Sobrecarga emocional	39,60	35,14	22,11	5,382	,068	
Implicações na vida do cuidador informal	40,03	32,82	25,89	4,216	,121	
Sobrecarga financeira	40,15	33,93	22,61	5,818	,055	
Reações a exigências do cuidar	36,05	36,86	33,67	,155	,926	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36,84	36,43	31,22	,564	,754	
Suporte familiar	37,44	35,89	29,89	1,009	,604	
Satisfação com o papel e com o familiar	35,18	38,61	33,28	,580	,748	
<b>QASCI total</b>	39,04	34,50	26,17	3,028	,220	
<b>Fatores CADI</b>						
Problemas relacionais	35,74	36,02	37,11	,033	,984	
Restrições sociais	39,18	33,80	27,28	2,821	,244	
Exigências do cuidar	39,34	31,86	31,28	2,412	,299	
Reações ao cuidar	40,45	31,98	26,06	4,833	,089	
Apoio familiar	41,20	29,20	29,50	<b>6,017</b>	<b>,049</b>	<b>A &gt; B (,049)</b>
Apoio profissional	35,96	35,86	36,50	,007	,997	
<b>CADI total</b>	38,75	32,39	32,61	1,628	,443	

- **Perceção do estado de saúde vs Sobrecarga e Dificuldades**

De destacar, o facto de para a análise inferencial, se mostrar pertinente gerar apenas 2 categorias para a variável “perceção do estado de saúde”, uma que abrange os cuidadores que percecionam a sua saúde como “Muito Boa” e “Boa” e outra com aqueles que afirmam que a sua saúde é “Fraca” e “Muito Fraca”.

No que concerne à influência da variável “perceção do estado de saúde” do cuidador informal sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades (cf. Quadro 37), pode verificar-se que prevalecem os cuidadores informais que têm pior perceção do seu estado de saúde (n=38) e se distinguem na maioria dos fatores e nos totais dos dois índices, de forma estatisticamente significativa, dos cuidadores que têm uma perceção de um melhor nível de saúde.

Quanto à sobrecarga, esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados nos fatores: *Sobrecarga Emocional* (t=-3,441, p=,001); *Implicações na Vida do Cuidador Informal* (t=-4,556, p=,000); *Sobrecarga Financeira* (t=-3,462, p=,001); *Perceção de Mecanismos de Eficácia e Controlo* (t=-3,670, p=,000); *Suporte Familiar* (t=-2,657, p=,010);

Satisfação com o Papel de Cuidador Informal ( $t=2,540$ ,  $p=,014$ ) e no total do QASCI ( $t=-4,186$ ,  $p=,000$ ).

Relativamente às dificuldades, também se observam diferenças estatisticamente significativas em diversos fatores: *Restrições Sociais* ( $t=-2,649$ ,  $p=,010$ ); *Exigências do Cuidar* ( $t=-2,243$ ,  $p=,028$ ), *Reações ao Cuidar* ( $t=-3,225$ ,  $p=,002$ ), *Apoio Profissional* ( $t=-2,656$ ,  $p=,010$ ) e no total do CADI ( $t=-2,724$ ,  $p=,008$ ).

**Síntese:** Globalmente, os indivíduos que apresentam menor perceção do estado de saúde apresentam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades.

Quadro 37 – Resultados do *Teste t de student*: sobrecarga e dificuldades em função do estado de saúde

Estado de Saúde Fatores QASCI	Muito boa/ Boa			Frac/ Muito fraca			Levene	p	t	P
	n	$\bar{x}$	Dp	N	$\bar{x}$	Dp				
Sobrecarga emocional	33	39,96	18,015	38	58,05	26,030	8,353	,005	<b>-3,441</b>	<b>,001</b>
Implicações na vida do cuidador informal	33	41,46	18,585	38	64,83	24,544	4,822	,031	<b>-4,556</b>	<b>,000</b>
Sobrecarga financeira	33	34,84	31,831	38	63,15	36,408	1,930	,169	<b>-3,462</b>	<b>,001</b>
Reações a exigências do cuidar	33	32,42	21,834	38	45,26	32,631	5,712	,020	-1,970	,053
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	33	41,91	19,926	38	62,28	26,687	4,833	,031	<b>-3,670</b>	<b>,000</b>
Suporte familiar	33	39,01	28,428	38	58,55	32,893	1,264	,265	<b>-2,657</b>	<b>,010</b>
Satisfação com o papel e com o familiar	33	28,03	21,467	38	44,60	32,969	9,335	,003	<b>-2,540</b>	<b>,014</b>
<b>QASCI total</b>	33	37,23	16,573	38	57,03	22,332	3,128	,081	<b>-4,186</b>	<b>,000</b>
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	33	35,98	21,595	38	46,71	25,245	,808	,372	-1,908	,061
Restrições sociais	33	42,56	23,658	38	59,39	29,076	1,028	,314	<b>-2,649</b>	<b>,010</b>
Exigências do cuidar	33	48,77	24,858	38	63,78	30,672	2,311	,133	<b>-2,243</b>	<b>,028</b>
Reações ao cuidar	33	41,66	20,937	38	61,18	28,755	3,019	,087	<b>-3,225</b>	<b>,002</b>
Apoio familiar	33	44,94	39,634	38	55,26	35,536	2,094	,152	-1,156	,252
Apoio profissional	33	25,25	30,652	38	46,05	34,752	,851	,360	<b>-2,656</b>	<b>,010</b>
<b>CADI total</b>	33	41,14	20,904	38	56,11	24,832	,881	,351	<b>-2,724</b>	<b>,008</b>

- **Grau de parentesco vs Sobrecarga e Dificuldades**

Analisando o efeito da variável “grau de parentesco” entre o cuidador informal e a pessoa dependente com a utilização do *Teste t de student*, percebe-se que não existe qualquer efeito significativo para a generalidade dos resultados obtidos desta variável sobre os vários fatores do QASCI e do CADI.

Quadro 38 – Resultados do *Teste t de student*: sobrecarga e dificuldades em função do grau de parentesco

Grau de Parentesco	Filho/a			Outro grau parentesco			Levene	p	t	P
	N	$\bar{x}$	Dp	N	$\bar{x}$	Dp				
<b>Fatores QASCI</b>										
Sobrecarga emocional	36	51,21	25,390	35	48,03	23,324	,674	,414	,549	,585
Implicações na vida do cuidador informal	36	54,79	23,971	35	53,11	25,913	,102	,751	,284	,777
Sobrecarga financeira	36	50,34	39,129	35	49,64	35,157	1,098	,298	,080	,937
Reações a exigências do cuidar	36	40,69	31,873	35	37,85	25,358	2,068	,155	,414	,680
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36	56,01	26,323	35	49,52	25,076	,541	,464	1,064	,291
Suporte familiar	36	52,77	31,212	35	46,07	33,317	,337	,563	,876	,384
Satisfação com o papel e com o familiar	36	36,38	32,417	35	37,42	26,019	,964	,330	-,149	,882
<b>QASCI total</b>	36	48,98	23,148	35	46,65	21,220	,633	,429	,441	,660
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	36	39,46	21,046	35	44,04	26,932	3,487	,066	-,800	,427
Restrições sociais	36	46,82	25,719	35	56,46	29,403	,491	,486	-1,471	,146
Exigências do cuidar	36	53,30	28,179	35	60,40	29,643	,238	,627	-1,035	,304
Reações ao cuidar	36	47,91	24,100	35	56,42	29,572	2,626	,110	-1,331	,188
Apoio familiar	36	50,00	40,039	35	50,95	35,457	,736	,394	-,106	,916
Apoio profissional	36	30,55	31,497	35	42,38	36,457	1,868	,176	-1,464	,148
<b>CADI total</b>	36	45,64	21,519	35	52,76	26,374	1,412	,239	-1,247	,217

### 5.2.3 – Influência das características circunstanciais na sobrecarga e nas dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

Nos quadros que se seguem pretende-se verificar empiricamente a influência das variáveis (razão pela qual é o principal cuidador, duração da prestação de cuidados e intensidade do cuidar) sobre a sobrecarga e dificuldades do cuidador.

- **Razão do cuidar vs Sobrecarga e Dificuldades**

Tendo em conta o efeito da variável “razão do cuidar” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do cuidador informal, pela análise dos valores médios verifica-se que existe uma certa homogeneidade em todos os grupos no que respeita à sobrecarga do cuidador informal, não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao efeito da variável “razão do cuidar” sobre as dificuldades, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas no fator *Apoio Familiar* ( $H=9,775$ ,  $p=,021$ ). Com a aplicação dos testes *Post-Hoc Tukey*, pode concluir-se que a

diferença existente é entre o grupo A (sujeitos que cuidam por iniciativa própria) (M=26,19) e B (aqueles que consideram que eram os únicos a poder assumir o cargo de cuidadores) (M=43,25, *Tukey* = ,014), sendo que os elementos do grupo B apresentam maiores níveis de dificuldades no que respeita ao apoio familiar, embora este dado não influencie o valor de *CADI total*.

Quadro 39 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função da razão de cuidar

Razão de cuidar	A: Iniciativa própria (N=21)	B: Única pessoa (N=30)	C: Decisão familiar (N=14)	D: Solicitação utente (N=6)	Teste <i>Kruskal-Wallis</i>		Post – Hoc ( <i>Tukey</i> )
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>							
Sobrecarga emocional	29,64	40,75	40,70	23,50	6,574	,087	
Implicações na vida do cuidador informal	32,57	38,85	37,14	31,08	1,539	,673	
Sobrecarga financeira	32,21	40,98	35,71	25,00	4,305	,230	
Reações a exigências do cuidar	29,48	39,73	41,93	26,33	5,585	,134	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	29,12	37,70	45,14	30,25	5,819	,121	
Suporte familiar	30,62	35,62	45,36	34,92	4,442	,218	
Satisfação com o papel e com o familiar	31,93	37,48	41,39	30,25	2,422	,489	
<b>QASCI total</b>	30,05	39,78	39,93	28,75	4,005	,261	
<b>Fatores CADI</b>							
Problemas relacionais	30,36	40,88	37,79	27,17	4,471	,215	
Restrições sociais	29,45	38,75	41,43	32,50	3,808	,283	
Exigências do cuidar	27,95	41,27	38,29	32,50	5,517	,138	
Reações ao cuidar	31,19	38,58	40,71	28,92	3,078	,380	
Apoio familiar	26,19	43,25	38,43	28,42	<b>9,775</b>	<b>,021</b>	<b>A &lt; B (,014)</b>
Apoio profissional	33,98	37,00	39,75	29,33	1,437	,697	
<b>CADI total</b>	28,81	40,45	39,29	31,25	4,619	,202	

- **Duração dos cuidados vs Sobrecarga e Dificuldades**

No que concerne ao efeito da variável “duração de cuidados” sobre o índice de sobrecarga, os dados obtidos através da aplicação do *Teste de Kruskal-Wallis*, assinalam um efeito significativo no fator *Reações a Exigências no Cuidar* (H=11,073, p=,026). Através dos testes *Póst-Hoc de Tukey* verifica-se que aqueles que cuidam há mais de 4 anos (M=44,71) apresentam menor capacidade de reagir a exigências inerentes ao processo de cuidar, sendo este um fator de sobrecarga, comparativamente com aqueles que cuidam há menos de 6 meses (M=20,93, *Tukey* = ,045).

Relativamente ao efeito da variável “duração dos cuidados” sobre as dificuldades do cuidador, as análises efetuadas revelam não existir um efeito significativo em nenhum dos fatores que compõem este índice e o seu total.

Quadro 40 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função da duração de cuidados

Duração Cuidados	A: <6 meses (N=7)	B: 6 meses – 1 ano (N=8)	C: 1 – 2 anos (N=21)	D: 2 – 4 anos (N=11)	E: >4 anos (N=24)	Teste Kruskal-Wallis		Post – Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>								
Sobrecarga emocional	23,93	36,44	37,43	35,00	38,58	2,928	,570	
Implicações na vida do cuidador informal	29,00	41,19	40,93	30,14	34,69	3,503	,477	
Sobrecarga financeira	29,64	39,25	43,31	26,64	34,67	6,061	,195	
Reações a exigências do cuidar	20,93	37,69	36,02	25,32	44,71	<b>11,073</b>	<b>,026</b>	<b>A &lt; E (,045)</b>
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	23,00	35,81	37,45	32,77	40,06	4,129	,389	
Suporte familiar	29,36	36,31	33,33	32,64	41,71	3,287	,511	
Satisfação com o papel e com o familiar	26,93	36,75	36,29	27,91	41,85	5,048	,282	
<b>QASCI total</b>	24,86	39,69	37,90	28,77	39,67	4,584	,333	
<b>Fatores CADI</b>								
Problemas relacionais	27,93	37,38	33,10	29,23	43,54	5,934	,204	
Restrições sociais	31,21	35,44	32,76	39,82	38,67	1,686	,793	
Exigências do cuidar	28,29	34,13	33,07	37,18	40,90	2,867	,580	
Reações ao cuidar	25,71	35,25	25,81	35,09	39,83	2,626	,622	
Apoio familiar	23,64	28,06	34,90	38,68	41,98	6,157	,188	
Apoio profissional	24,71	34,13	37,40	40,14	36,79	2,886	,577	
<b>CADI total</b>	26,57	34,50	33,17	35,27	42,06	3,986	,408	

Face aos resultados anteriormente apresentados, tal como aconteceu com a variável “situação laboral”, foram criadas categorias de forma a ficarem apenas dois grupos: cuidadores informais que cuidam há menos de 2 anos (n=36) e cuidadores informais que cuidam há mais de 2 anos (n=35). Da análise dos resultados do *Teste t de student*, apenas se encontram diferenças significativas entre os dois grupos sobre o índice de dificuldades, mais propriamente no que diz respeito ao fator *Apoio Familiar* ( $t=-2,047$ ,  $p=,045$ ). Pode assim afirmar-se, que os cuidadores informais que cuidam há menos de 2 anos manifestam maior nível de dificuldades quanto ao apoio que lhes é prestado pela família em relação ao apoio que recebem os que cuidam há mais de 2 anos.

Relativamente à influência desta variável sobre as dificuldades, pode observar-se que para nenhum dos fatores os dados são estatisticamente significativos.

Quadro 41 – Resultados do *Teste t de student*: sobrecarga e dificuldades em função da duração de cuidados

Duração cuidados	Menos de 2 anos			Mais de 2 anos			Levene	p	t	p
	N	$\bar{x}$	Dp	n	$\bar{x}$	Dp				
<b>Fatores QASCI</b>										
Sobrecarga emocional	36	48,43	27,032	35	50,89	21,391	3,077	,084	-,424	,673
Implicações na vida do cuidador informal	36	56,06	26,342	35	51,81	23,254	,402	,528	,719	,475
Sobrecarga financeira	36	56,94	37,374	35	42,85	35,651	,436	,511	1,624	,109
Reações a exigências do cuidar	36	36,25	29,553	35	42,42	27,822	,507	,479	-,906	,368
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36	50,92	25,493	35	54,76	26,219	,233	,631	-,625	,534
Suporte familiar	36	45,83	33,407	35	53,21	30,968	,682	,412	-,965	,338
Satisfação com o papel e com o familiar	36	35,69	29,836	35	38,14	28,979	,329	,568	-,351	,727
<b>QASCI total</b>	36	47,76	24,841	35	47,90	19,221	1,708	,196	-,026	,979
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	36	38,65	25,464	35	44,88	22,462	,003	,953	-1,093	,278
Restrições sociais	36	47,61	28,819	35	55,64	26,557	,237	,628	-1,220	,227
Exigências do cuidar	36	51,58	30,469	35	62,17	26,612	,335	,565	-1,558	,124
Reações ao cuidar	36	48,84	29,219	35	55,47	24,666	,709	,403	-1,032	,306
Apoio familiar	36	41,66	38,317	35	59,52	35,073	1,035	,312	<b>-2,047</b>	<b>,045</b>
Apoio profissional	36	32,87	31,744	35	40,00	36,871	1,920	,170	-,874	,385
<b>CADI total</b>	36	44,93	25,559	35	53,49	22,091	,446	,506	-1,507	,136

- **Intensidade dos cuidados vs Sobrecarga e Dificuldades**

Quanto à influência da variável “intensidade dos cuidados” sobre a sobrecarga do cuidador informal percebe-se, verificando os dados obtidos pelo *Teste Kruskal-Wallis* que se encontram dados estatisticamente significativos para o fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal* ( $H=10,025$ ,  $p=,040$ ). Pelos *Testes Post-Hoc de Tukey*, consegue verificar-se onde se localizam as diferenças entre os grupos. Desta forma, os indivíduos que cuidam entre 18 a 24 horas ( $M=47,34$ ) apresentam maior nível de sobrecarga que aqueles que cuidam menos de 6 horas por dia ( $M=27,07$ ,  $Tukey=,013$ ).

Todavia, não se verificam resultados estatisticamente significativos da influência desta variável sobre as dificuldades sentidas pelo cuidador informal.

Quadro 42 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função da intensidade de cuidados

Intensidade Cuidados	A: Contatos pontuais (N=4)	B: <6 horas (N=22)	C: 6–12 horas (N=18)	D: 12–18 horas (N=8)	E: 18–24 horas (N=19)	Teste <i>Kruskal-Wallis</i>		Post – Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>								
Sobrecarga emocional	28,88	27,91	40,06	41,31	40,79	6,164	,187	
Implicações na vida do cuidador informal	35,25	27,07	36,14	33,63	47,37	<b>10,025</b>	<b>,040</b>	<b>B &lt; E (,013)</b>
Sobrecarga financeira	39,00	30,55	38,44	30,94	41,50	3,831	,429	
Reações a exigências do cuidar	21,38	30,14	44,33	35,50	38,18	6,979	,137	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	27,75	31,05	36,14	35,00	43,76	4,669	,323	
Suporte familiar	24,50	32,52	36,25	33,44	43,29	4,473	,346	
Satisfação com o papel e com o familiar	27,88	30,18	44,81	34,94	36,55	5,748	,219	
<b>QASCI total</b>	27,88	28,39	39,78	33,19	44,13	7,320	,120	
<b>Fatores CADI</b>								
Problemas relacionais	46,00	33,02	39,11	26,81	38,26	3,634	,458	
Restrições sociais	44,00	29,18	38,06	29,56	42,97	6,162	,187	
Exigências do cuidar	49,13	32,16	35,33	22,56	43,97	8,667	,070	
Reações ao cuidar	46,88	31,14	39,06	25,56	40,84	5,877	,209	
Apoio familiar	31,88	39,09	32,67	33,00	37,71	1,471	,832	
Apoio profissional	41,75	34,57	36,19	32,13	37,89	,908	,923	
<b>CADI total</b>	48,38	31,68	37,67	24,69	41,58	6,314	,177	

#### 5.2.4 – Influência da presença de ajudas sobre a sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

Neste subcapítulo, pretende-se perceber de que forma o facto de cuidador informal receber auxílio de terceiros influencia a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos mesmos.

- **Ajuda de outras pessoas vs Sobrecarga e Dificuldades**

Da análise dos resultados dos *Testes U* de *Mann Whitney*, sobre a influência da variável “presença de ajuda no cuidar”, sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades manifestados pelos cuidadores informais (cf. Quadro 43), pode verificar-se que existe uma certa homogeneidade dos valores médios de sobrecarga e dificuldades em todos os fatores e totais do QASCI e do CADI, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens.

Quadro 43 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney*: sobrecarga e dificuldades em função da ajuda que recebe o cuidador informal

Ajuda de alguém na prestação Fatores QASCI	Sim		Não		U de Mann Whitney		
	N	Ordenação média	N	Ordenação média	U	Z	p
Sobrecarga emocional	27	30,54	44	39,35	446,50	-1,755	,079
Implicações na vida do cuidador informal	27	31,52	44	38,75	473,00	-1,435	,151
Sobrecarga financeira	27	31,69	44	38,65	477,50	-1,403	,161
Reações a exigências do cuidar	27	35,39	44	36,38	577,50	-,196	,845
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	27	34,26	44	37,07	547,00	-,560	,575
Suporte familiar	27	31,31	44	38,88	467,50	-1,517	,129
Satisfação com o papel e com o familiar	27	36,69	44	35,58	575,50	-,220	,826
<b>QASCI total</b>	27	30,83	44	39,17	454,50	-1,653	,098
<b>Fatores CADI</b>							
Problemas relacionais	27	36,87	44	35,47	570,50	-,279	,780
Restrições sociais	27	32,13	44	38,38	489,50	-1,241	,215
Exigências do cuidar	27	31,93	44	38,50	484,00	-1,306	,192
Reações ao cuidar	27	30,24	44	39,53	438,50	-1,851	,064
Apoio familiar	27	30,65	44	39,28	449,50	-1,741	,082
Apoio profissional	27	35,00	44	36,61	567,00	-,329	,742
<b>CADI total</b>	27	32,70	44	38,02	505,00	-1,055	,292

- **Apoio formal vs Sobrecarga e Dificuldades**

Em relação à influência da variável “ajuda de instituições” sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades (cf. Quadro 44), pela análise dos valores médios, pode constatar-se que existe homogeneidade entre aqueles que não recebem e os que recebem apoio institucional (IPSS e ECCI), sendo que para nenhum dos totais dos índices e seus fatores se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 44 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney*: sobrecarga e dificuldades em função do apoio formal que recebe o cuidador informal

Fatores QASCI	Apoio formal	Sim		Não		U de Mann Whitney		
	N	Ordenação média	N	Ordenação média	U	Z	p	
Sobrecarga emocional	23	36,37	48	35,82	543,00	-,105	,916	
Implicações na vida do cuidador informal	23	36,02	48	35,99	551,50	-,006	,995	
Sobrecarga financeira	23	32,57	48	37,65	473,00	-,987	,324	
Reações a exigências do cuidar	23	38,37	48	34,86	497,50	-,672	,502	
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	23	34,02	48	36,95	506,50	-,562	,574	
Suporte familiar	23	32,98	48	37,45	482,50	-,865	,387	
Satisfação com o papel e com o familiar	23	37,57	48	35,25	516,00	-,445	,656	
<b>QASCI total</b>	23	35,09	48	36,44	531,00	-,258	,796	
<b>Fatores CADI</b>								
Problemas relacionais	23	39,83	48	34,17	464,00	-1,083	,279	
Restrições sociais	23	32,41	48	37,72	469,50	-1,017	,309	
Exigências do cuidar	23	33,72	48	37,09	499,50	-,647	,518	
Reações ao cuidar	23	35,37	48	36,30	537,50	-,179	,858	
Apoio familiar	23	34,78	48	36,58	524,00	-,350	,726	
Apoio profissional	23	35,59	48	36,20	542,50	-,120	,905	
<b>CADI total</b>	23	35,02	48	36,47	529,50	-,277	,782	

- **Apoio na ausência vs Sobrecarga e Dificuldades**

No que respeita à variável “percepção de apoio em situação de ausência” e sua influência sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, foi utilizado o *Teste U de Mann Whitney* (cf. Quadro 45). Os resultados apresentados no que concerne à sobrecarga, evidenciam uma disparidade de valores médios entre aqueles que recebem apoio em situação de ausência e os que não recebem, sendo assim, os dados são estatisticamente significativos para os fatores: *Sobrecarga Emocional* (U=365,50; p=,004), *Implicações na Vida do Cuidador Informal* (U=407,00; p=,018), *Sobrecarga Financeira* (U=369,50; p=,004), *Reações a Exigências do Cuidar* (U=431,00; p=,037) e *QASCI total* (U=351,50; p=,003).

Analisando agora, a influência desta variável sobre as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas dependentes, pode afirmar-se que os dados se mostram estatisticamente significativos para os fatores: *Problemas Relacionais* (U= «420,00; p=,027), *Restrições Sociais* (U=377,00; p=,006), *Exigências no Cuidar* (U=291,50; p=,000), *Reações ao Cuidar* (U=355,00; p=,003), *Apoio Familiar* (U=386,50; p=,008) e *CADI total* (U=358,50; p=,003).

**Síntese:** Globalmente, os cuidadores informais que recebem apoio de terceiros quando necessitam de se ausentar manifestam níveis de sobrecarga e dificuldades menores quando comparados com aqueles que não recebem esse apoio.

Quadro 45 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney*: sobrecarga e dificuldades em função da ajuda que recebe o cuidador informal na sua ausência

Fatores QASCI	Ajuda na ausência		Sim		Não		<i>U de Mann Whitney</i>		
	N	Ordenação média	N	Ordenação média	N	Ordenação média	U	Z	p
Sobrecarga emocional	42	30,20	29	44,40	365,50	-2,862	,004		
Implicações na vida do cuidador informal	42	31,19	29	42,97	407,00	-2,366	,018		
Sobrecarga financeira	42	30,30	29	44,26	369,50	-2,849	,004		
Reações a exigências do cuidar	42	31,76	29	42,14	431,00	-2,089	,037		
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	42	32,81	29	40,62	475,00	-1,577	,115		
Suporte familiar	42	34,04	29	38,84	526,50	-,977	,328		
Satisfação com o papel e com o familiar	42	33,65	29	39,40	510,50	-1,159	,246		
<b>QASCI total</b>	42	29,87	29	44,88	<b>351,50</b>	<b>-3,013</b>	<b>,003</b>		
<b>Fatores CADI</b>									
Problemas relacionais	42	31,50	29	42,52	420,00	-2,215	,027		
Restrições sociais	42	30,48	29	44,00	377,00	-2,722	,006		
Exigências do cuidar	42	28,44	29	46,95	291,50	-3,723	,000		
Reações ao cuidar	42	29,95	29	44,76	355,00	-2,986	,003		
Apoio familiar	42	30,70	29	43,67	386,50	-2,647	,008		
Apoio profissional	42	34,94	29	37,53	564,50	-,535	,593		
<b>CADI total</b>	42	30,04	29	44,64	<b>358,50</b>	<b>-2,931</b>	<b>,003</b>		

- **Ajuda financeira vs Sobrecarga e Dificuldades**

No que respeita à influência da variável “ajuda financeira” sobre os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais (cf. Quadro 46), observa-se que em praticamente todos os fatores os dados são estatisticamente significativos: *Sobrecarga Financeira* ( $t=363,00$ ,  $p=,038$ ), *Perceção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $t=328,00$ ,  $p=,013$ ), *Suporte Familiar* ( $t=321,00$ ,  $p=,009$ ), *Satisfação com o Papel e com o Familiar* ( $t=319,50$ ,  $p=,009$ ) e *QASCI total* ( $t=320,00$ ,  $p=,010$ ). Para todos os fatores mencionados, pode concluir-se que os cuidadores informais que recebem algum tipo de apoio financeiro apresentam menores níveis de sobrecarga.

Quanto à influência da mesma variável sobre as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais e, utilizando o mesmo teste de *U Mann Whitney*, verifica-se que os dados empíricos são estatisticamente significativos para os fatores: *Problemas Relacionais* ( $t=367,00$ ,  $p=,046$ ),

*Apoio Familiar* ( $t=307,50$ ,  $p=,005$ ), *Apoio Profissional* ( $t=315,00$ ,  $p=,007$ ) e *total do CADI* ( $t=364,50$ ,  $p=,043$ ). Assim, pode afirmar-se que, para os fatores referidos e total deste índice os cuidadores informais que recebem apoio financeiro referem menores dificuldades inerentes ao cuidar.

Quadro 46 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney*: sobrecarga e dificuldades em função do apoio financeiro de terceiros ao cuidador informal

Fatores QASCI	Apoio financeira		Sim		Não		<i>U de Mann Whitney</i>	
	N	Ordenação média	N	Ordenação média	U	Z	p	
Sobrecarga emocional	21	28,90	50	38,98	376,00	-1,886	,059	
Implicações na vida do cuidador informal	21	29,98	50	38,53	398,50	-1,596	,110	
Sobrecarga financeira	21	28,29	50	39,24	<b>363,00</b>	<b>-2,076</b>	<b>,038</b>	
Reações a exigências do cuidar	21	28,86	50	39,00	375,00	-1,896	,058	
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	21	26,29	50	39,94	<b>328,00</b>	<b>-2,497</b>	<b>,013</b>	
Suporte familiar	21	26,29	50	40,08	<b>321,00</b>	<b>-2,603</b>	<b>,009</b>	
Satisfação com o papel e com o familiar	21	26,21	50	40,11	<b>319,50</b>	<b>-2,605</b>	<b>,009</b>	
<b>QASCI total</b>	21	26,24	50	40,10	<b>320,00</b>	<b>-2,584</b>	<b>,010</b>	
<b>Fatores CADI</b>								
Problemas relacionais	<b>21</b>	<b>28,48</b>	<b>50</b>	<b>39,16</b>	<b>367,00</b>	<b>-1,995</b>	<b>,046</b>	
Restrições sociais	21	29,76	50	38,62	394,00	-1,655	,098	
Exigências do cuidar	21	31,45	50	37,91	429,50	-1,206	,228	
Reações ao cuidar	21	30,90	50	38,14	418,00	-1,355	,175	
Apoio familiar	<b>21</b>	<b>25,64</b>	<b>50</b>	<b>40,35</b>	<b>307,50</b>	<b>-2,787</b>	<b>,005</b>	
Apoio profissional	<b>21</b>	<b>26,00</b>	<b>50</b>	<b>40,20</b>	<b>315,00</b>	<b>-2,719</b>	<b>,007</b>	
<b>CADI total</b>	<b>21</b>	<b>28,36</b>	<b>50</b>	<b>39,21</b>	<b>364,50</b>	<b>-2,023</b>	<b>,043</b>	

- ***Coresidência vs Sobrecarga e Dificuldades***

Para a varável “coresidência”, surgiu a necessidade de agrupar criando apenas duas categorias, aqueles que residem com o cuidador informal e aqueles que residem com outros elementos.

Pela análise do Quadro 47, verifica-se que em relação à influência da variável “coresidência”, os resultados dos *Testes t de student*, tendo por referência os índices de sobrecarga ou dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 47 – Resultados do *Teste t de student*: sobrecarga e dificuldades em função da coresidência com o cuidador informal

Coresidência com cuidador informal	Sim			Não			Levene	P	T	p
	N	$\bar{x}$	Dp	N	$\bar{x}$	Dp				
<b>Fatores QASCI</b>										
Sobrecarga emocional	40	49,37	25,032	31	50,00	23,662	,033	,856	-,107	,915
Implicações na vida do cuidador informal	40	54,26	26,279	31	53,59	23,131	,471	,495	,112	,911
Sobrecarga financeira	40	47,81	35,342	31	52,82	39,358	1,399	,241	-,564	,575
Reações a exigências do cuidar	40	42,12	31,027	31	35,64	25,355	,885	,350	,944	,349
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	40	54,37	28,053	31	50,80	22,705	2,534	,116	,577	,566
Suporte familiar	40	52,50	33,517	31	45,56	30,541	,428	,515	,899	,372
Satisfação com o papel e com o familiar	40	39,00	30,617	31	34,19	27,601	,491	,486	,685	,496
<b>QASCI total</b>	40	48,86	23,903	31	46,49	19,815	1,047	,310	,446	,657
<b>Fatores CADI</b>										
Problemas relacionais	40	41,35	24,137	31	42,20	24,360	,023	,879	-,147	,884
Restrições sociais	40	50,23	29,452	31	53,30	25,948	,695	,407	-,458	,649
Exigências do cuidar	40	56,42	31,688	31	57,29	25,421	1,784	,186	-,125	,901
Reações ao cuidar	40	50,00	28,180	31	54,83	25,799	,001	,981	-,744	,459
Apoio familiar	40	48,33	39,728	31	53,22	35,071	2,085	,153	-,541	,590
Apoio profissional	40	37,91	33,755	31	34,40	35,469	,038	,846	,425	,672
<b>CADI total</b>	40	48,33	25,218	31	50,21	23,016	,465	,498	-,324	,747

### 5.2.5 – Influência da funcionalidade familiar e apoio social sobre a sobrecarga e dificuldades manifestadas pelo cuidador informal

Aquando da elaboração do questionário, pareceu pertinente perceber de que forma a funcionalidade familiar e o apoio social percecionado pelos cuidadores informais, poderia ou não influenciar a sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

- **Funcionalidade familiar vs Sobrecarga e Dificuldades**

Pela análise do Quadro 48, pode verificar-se que a variável “funcionalidade familiar” na generalidade influencia o nível de sobrecarga. Os dados apresentam-se como estatisticamente significativos para os fatores: *Sobrecarga Emocional* ( $H=17,848$ ,  $p=,000$ ), *Implicações na Vida do Cuidador Informal* ( $H=9,249$ ,  $p=,010$ ), *Sobrecarga Financeira* ( $H=7,108$ ,  $p=,029$ ), *Reações a Exigências do Cuidar* ( $H=10,529$ ,  $p=,005$ ), *Suporte Familiar* ( $H=21,598$ ,  $p=,000$ ) e *Satisfação com o Papel e com o Familiar* ( $H=9,863$ ,  $p=,007$ ). Todos estes fatores acabam por influenciar o *QASCI total* ( $H=17,295$ ,  $p=,000$ ), sendo que para este as diferenças se localizam entre o grupo A ( $M=43,26$ ) e C ( $M=23,79$ ,  $Tukey=,001$ ) e o grupo B ( $M=45,60$ ) e C ( $M=23,79$ ,

$Tukey=,000$ ), ou seja, os indivíduos com disfunção familiar acentuada e moderada apresentam níveis de sobrecarga mais elevados que os cuidadores que referem ter uma família altamente funcional. Para os fatores *Sobrecarga Emocional* e *Implicações na Vida do Cuidador Informal*, as diferenças localizam-se de igual forma, entre o grupo A ( $M=43,12$  e  $M=43,05$ , respetivamente) e C ( $M=23,67$ ,  $Tukey=,001$  e  $M=27,09$ ,  $Tukey=,015$ ) e o grupo B ( $M=45,90$  e  $M=41,26$ , respetivamente) e C ( $M=23,67$ ,  $Tukey=,000$  e  $M=27,09$ ,  $Tukey=,035$ , respetivamente), concluindo-se o mesmo que anteriormente. O grupo B ( $M=41,60$  e  $M=46,02$ , respetivamente) e C ( $M=28,28$ ,  $Tukey=,049$  e  $M=27,19$ ,  $Tukey=,003$ , respetivamente) revelam dados estatisticamente significativos nos fatores *Sobrecarga Financeira* e *Reações a Exigências do Cuidar*, desta forma, os sujeitos com moderada disfunção familiar, têm níveis de sobrecarga mais elevados do que aqueles que referem ter uma família altamente funcional. Quanto ao *Suporte Familiar* o grupo A ( $M=46,88$ ) apresenta níveis mais elevados de sobrecarga quando comparado com grupo C ( $M=22,55$ ,  $Tukey=,000$ ), também o grupo B ( $M=43,68$ ), apresenta valores mais elevados de sobrecarga comparativamente ao grupo C ( $M=22,55$ ,  $Tukey=,000$ ). Todavia, para o fator *Satisfação com o papel e com o familiar* o grupo A ( $M=40,83$ ), revela níveis mais altos de sobrecarga do que o grupo B ( $M=43,74$ ,  $Tukey=,037$ ), tal como este tem níveis mais elevados de sobrecarga que o grupo C ( $M=26,90$ ,  $Tukey=,007$ ).

Analisando agora a influência desta variável sobre as dificuldades sentidas pelo cuidador, constata-se que, para todos os fatores e total do CADI, os dados são estatisticamente significativos. Assim, no que toca ao fator *Problemas Relacionais* ( $H=7,959$ ,  $p=,019$ ), observa-se que as famílias com moderada disfunção ( $M=43,38$ ), referem mais dificuldades que aquelas com família altamente funcional ( $M=27,86$ ,  $Tukey=,020$ ). Quanto ao fator *Restrições Sociais* ( $H=10,915$ ,  $p=,004$ ), as famílias do grupo A ( $M=43,62$ ), afirmam ter mais dificuldades no cuidar da pessoa dependente do que os elementos do grupo C ( $M=26,33$ ,  $Tukey=,007$ ), também os elementos do grupo B ( $M=41,74$ ), sentem mais dificuldades que os cuidadores do grupo C ( $M=26,33$ ,  $Tukey=,018$ ). No fator *Exigências do Cuidar* os cuidadores pertencentes a famílias com disfunção acentuada ( $M=41,50$ ), dizem sentir mais dificuldades no cuidar que aqueles inseridos em famílias altamente funcionais ( $M=28,26$ ,  $Tukey=,049$ ). Tal como para o segundo fator, também para o fator *Reações ao Cuidar*, os elementos que constituem o grupo A ( $M=41,90$ ), bem como os do grupo B ( $M=43,83$ ), dizem sentir mais dificuldades que os do grupo C ( $M=26,05$ ,  $Tukey=,013$  e  $Tukey=,005$ , respetivamente). No que respeita ao *Apoio Familiar*, tanto o grupo A ( $M=44,64$ ), como o grupo B ( $M=44,38$ ) manifestam mais dificuldades que os cuidadores com família altamente funcional, apresentando o mesmo valor de significância ( $M=23,67$ ,  $Tukey=,000$ ). Na perceção de apoio prestado pelos profissionais, os cuidadores inseridos em famílias com disfunção acentuada ( $M=43,10$ ), expressam sentir mais

dificuldades ao cuidar da pessoa dependente do que os cuidadores incluídos em famílias altamente funcionais ( $M=28,79$ ,  $Tukey=,032$ ). Finalizando, respeitante ao fator *CADI total*, observa-se que os sujeitos pertencentes ao grupo A ( $M=43,45$ ) e grupo B ( $M= 41,74$ ) têm mais dificuldades que os sujeitos do grupo C ( $M=26,45$ ,  $Tukey=,008$  e  $Tukey=,020$ ).

**Síntese:** A generalidade dos resultados obtidos é de confirmação de efeitos significativos da variável “funcionalidade familiar” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador. Verifica-se, com valores estatisticamente muito significativos ( $p<0,01$ ), que o grupo constituído por cuidadores informais integrados em famílias com disfunção acentuada, como é perceptível, apresentam, no total, maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os cuidadores informais pertencentes a famílias altamente funcionais.

Quadro 48 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função da funcionalidade familiar

Funcionalidade Familiar	A: Disfunção acentuada (N=21)	B: Disfunção moderada (N=21)	C: Altamente funcional (N=29)	Teste Kruskal-Wallis		Post – Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>						
Sobrecarga emocional	43,12	45,90	23,67	17,848	,000	A > C (,001) B > C (,000)
Implicações na vida do cuidador informal	43,05	41,26	27,09	9,249	,010	A > C (,015) B > C (,035)
Sobrecarga financeira	41,07	41,60	28,28	7,108	,029	B > C (,049)
Reações a exigências do cuidar	38,14	46,02	27,19	10,529	,005	B > C (,003)
Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo	36,90	43,83	29,67	5,860	,053	
Suporte familiar	46,88	43,68	22,55	21,598	,000	A > C (,000) B > C (,000)
Satisfação com o papel e com o familiar	40,83	43,74	26,90	9,863	,007	A > B (,037) B > C (,009)
<b>QASCI total</b>	43,26	45,60	23,79	17,295	,000	A > C (,001) B > C (,000)
<b>Fatores CADI</b>						
Problemas relacionais	39,86	43,38	27,86	7,959	,019	B > C (,020)
Restrições sociais	43,62	41,74	26,33	10,915	,004	A > C (,007) B > C (,018)
Exigências do cuidar	41,50	41,19	28,26	6,933	,031	A > C (,049)
Reações ao cuidar	41,90	43,83	26,05	11,597	,003	A > C (,013) B > C (,005)
Apoio familiar	44,64	44,38	23,67	18,094	,000	A > C (,000) B > C (,000)
Apoio profissional	43,10	38,86	28,79	6,779	,034	A > C (,032)
<b>CADI total</b>	43,45	41,74	26,45	10,579	,005	A > C (,008) B > C (,020)

- **Apoio social vs Sobrecarga e Dificuldades**

No que concerne à influência da variável “apoio social” sobre a sobrecarga sentida pelo cuidador informal, verifica-se pela análise do Quadro 49, que para todos os fatores e total do índice QASCI se apresentam dados empíricos estatisticamente significativos. Sendo assim, para o fator *Sobrecarga Emocional*, observa-se que os cuidadores que referem receber baixo apoio social (M=61,20), sentem maior sobrecarga inerente ao cuidar que os indivíduos que recebem moderado (M=34,66, *Tukey*=,000) e elevado apoio social (M=20,46, *Tukey*=,000). Também os sujeitos pertencentes ao grupo B (M=34,66), sentem-se mais sobrecarregados que os do grupo C (M=20,46, *Tukey*=,034). Da mesma forma, também no fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal*, o grupo A (M=61,25), manifesta maior sobrecarga que o do grupo B, com o mesmo nível de significância (M=35,61) e o do grupo C (M=16,54, *Tukey*=,000), também o grupo B (M=35,61), apresenta níveis mais elevados de sobrecarga que o do grupo C (M=16,54, *Tukey*=,002). Quanto à *Sobrecarga Financeira*, o mesmo se sucede, ou seja, o grupo A (M=57,60), revela níveis mais elevados de sobrecarga que o grupo B (M=36,28, *Tukey*=,002) e os do grupo C (M=16,88, *Tukey*=,000), os sujeitos do grupo B, manifestam também maiores níveis de sobrecarga (M= 36,28), que os do grupo C (M=16,88, *Tukey*=,002). Para o quarto fator, *Reações a Exigências do Cuidar*, os cuidadores que referem receber baixo apoio social de retaguarda (M=56,55), apresentam maiores níveis de sobrecarga quando comparados com os cuidadores que recebem moderado (M=33,02, *Tukey*=,002) e elevado apoio social (M=31,04, *Tukey*=,007). À semelhança do fator anterior, também na *Percepção de Mecanismos de Eficácia e Controlo*, o grupo A (M=58,90), expressa maiores níveis de sobrecarga que os do grupo B (M=34,83, *Tukey*=,001) e o do grupo C (M=21,71, *Tukey*=,000). Para o seguinte fator (*Suporte Familiar*) o mesmo acontece, ou seja, os sujeitos do grupo A (M= 55,60), revelam maior sobrecarga face ao cuidar de uma pessoa dependente que os elementos constituintes do grupo B (M=34,73, *Tukey*=,005) e o do grupo C (M=24,83, *Tukey*=,001). Também para o fator *Satisfação com o Papel e com o Familiar*, os indivíduos do grupo A (M=54,85), manifestam maior sobrecarga comparativamente àqueles que recebem moderado apoio social (M=34,81, *Tukey*=,009) e os que têm elevado apoio social de retaguarda (M=25,17, *Tukey*=,001). Desta forma, entende-se que para o *QASCI total* os cuidadores com baixo apoio social (M=63,15), exprimem maiores níveis de sobrecarga que aqueles que recebem moderado apoio social (M=34,64) e elevado apoio social (M=18,92, *Tukey*=,000), com o mesmo nível de significância. Também os cuidadores que recebem moderado apoio social (M=34,64), revelam níveis mais elevados que aqueles que têm elevado apoio social (M=18,92, *Tukey*=,013).

Quadro 49 – *Teste de Kruskal-Wallis*: sobrecarga e dificuldades em função do apoio social percebido

Apoio Social	A: Baixo (N=10)	B: Moderado (N=49)	C: Elevado (N=12)	Teste Kruskal-Wallis		Post – Hoc (Tukey)
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>Fatores QASCI</b>						
Sobrecarga emocional	61,20	34,66	20,46	<b>22,125</b>	<b>,000</b>	A > B (,000) A > C (,000) B > C (,034)
Implicações na vida do cuidador informal	61,25	35,61	16,54	<b>25,723</b>	<b>,000</b>	A > B (,000) A > C (,000) B > C (,002)
Sobrecarga financeira	57,60	36,28	16,88	<b>21,993</b>	<b>,000</b>	A > B (,002) A > C (,000) B > C (,002)
Reações a exigências do cuidar	56,55	33,02	31,04	<b>11,699</b>	<b>,003</b>	A > B (,002) A > C (,007)
Percepção de mecanismos de eficácia e de controlo	58,90	34,83	21,71	<b>18,439</b>	<b>,000</b>	A > B (,001) A > C (,000)
Suporte familiar	55,60	34,73	24,83	<b>13,037</b>	<b>,001</b>	A > B (,005) A > C (,001)
Satisfação com o papel e com o familiar	54,85	34,81	25,17	<b>11,954</b>	<b>,003</b>	A > B (,009) A > C (,001)
<b>QASCI total</b>	63,15	34,64	18,92	<b>25,755</b>	<b>,000</b>	A > B (,000) A > C (,000) B > C (,013)
<b>Fatores CADI</b>						
Problemas relacionais	48,80	34,84	30,08	5,008	,082	
Restrições sociais	49,30	36,89	21,29	<b>10,396</b>	<b>,006</b>	A > C (,003) B > C (,038)
Exigências do cuidar	45,35	37,16	23,46	6,671	,063	
Reações ao cuidar	49,20	37,23	19,96	<b>11,631</b>	<b>,003</b>	A > C (,002) B > C (,017)
Apoio familiar	45,00	37,14	23,83	<b>6,436</b>	<b>,040</b>	A > C (,037)
Apoio profissional	52,00	35,91	23,04	<b>11,341</b>	<b>,003</b>	A > B (,040) A > C (,002)
<b>CADI total</b>	48,65	36,73	22,46	<b>8,991</b>	<b>,011</b>	A > C (,007)

No que respeita à influência da mesma variável sobre as dificuldades sentidas pelos cuidadores, verifica-se (cf. Quadro 49) que os dados testados empiricamente são estatisticamente significativos para os fatores: *Restrições Sociais* ( $H=10,396$ ,  $p=,006$ ), *Reações ao Cuidar* ( $H=11,631$ ,  $p=,003$ ), *Apoio Familiar* ( $H=6,436$ ,  $p=,040$ ), *Apoio Profissional* ( $H=11,341$ ,  $p=,003$ ) e *CADI total* ( $H=8,991$ ,  $p=,011$ ). Relativamente ao fator *Restrições Sociais*, observa-se que os cuidadores com baixo apoio social ( $M=49,3$ ) e moderado apoio social ( $M=36,89$ ), manifestam maiores dificuldades que aqueles que recebem elevado apoio social ( $M=21,29$ ,  $Tukey=,003$  e  $Tukey=,038$ , respetivamente). De forma semelhante, no fator *Reações ao Cuidar*, o mesmo se sucede, ou seja, os elementos do grupo A ( $M=49,20$ ) e grupo B ( $M=37,23$ ) referem maiores dificuldades que os sujeitos do grupo C ( $M=19,96$ ,  $Tukey=,002$  e  $Tukey=,017$ , respetivamente). No fator *Apoio Familiar*, os cuidadores que têm baixo apoio social ( $M=45,00$ )

expressam mais dificuldades que os que recebem elevado apoio social ( $M=23,83$ ,  $Tukey=,037$ ). Quanto ao *Apoio Profissional*, os cuidadores inseridos no grupo A ( $M=52,00$ ), revelam maiores dificuldades em cuidar de uma pessoa dependente que aqueles que se incluem no grupo B ( $M=35,91$ ,  $Tukey=,040$ ) e grupo C ( $M=23,04$ ,  $Tukey=,002$ ). Mesmo que nem todos os fatores mostrem dados estatisticamente significativos, ainda assim para o *CADI total*, observa-se que os cuidadores com baixo apoio social ( $M=48,65$ ), manifestam mais dificuldades no cuidar que os cuidadores que têm elevado apoio social ( $M=22,46$ ,  $Tukey=,007$ ).

**Síntese:** A generalidade dos resultados obtidos é de confirmação de efeitos significativos da variável “apoio social” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador. Verifica-se, com valores estatisticamente muito significativos ( $p<0,01$ ), que o grupo constituído por cuidadores informais integrados em famílias com baixo e moderado apoio social, apresentam, no total, maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os cuidadores informais pertencentes a famílias que auferem de elevado apoio social.

- **Sobrecarga vs Dificuldades**

Da análise da *Regressão Linear Simples* entre os totais dos dois índices pode verificar-se que os resultados são, do ponto de vista estatístico, muitíssimo significativos ( $p<,001$ ). No que concerne à força, observa-se que a associação é moderadamente forte ( $0,4 < r < 0,69$ ) e o facto de  $r$  ser positivo sugere que, quanto maior são as dificuldades dos cuidadores maior é a sobrecarga sentida pelos mesmos.

Tabela 13 – Análise de regressão linear simples entre o total do QASCI e CADI

	CADI Total	R	R <sup>2</sup> (%)	p	t	p
QASCI Total		,595	35,4	,000	6,145	,000

## 6 – DISCUSSÃO

No capítulo anterior foram analisados os dados obtidos, tendo sido destacados os resultados mais pertinentes. O presente capítulo será no sentido de efetuar uma síntese e discussão de cariz mais pormenorizado, em que todos os aspetos da investigação são ponderados, de forma a extrair conclusões e hipotéticas implicações que deles sucedem.

### 6.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

A análise dos resultados correspondentes à caracterização sociodemográfica da pessoa dependente da amostra, possibilita verificar que os 71 sujeitos dependentes são maioritariamente do sexo feminino (66,20%), com uma idade média de 77,94 anos, oscilando entre um mínimo de 30 e um máximo de 99 anos, com maior representação para a faixa etária dos 63 aos 92 anos. Resultados estes, que vão de encontro aos dados demográficos encontrados na população portuguesa.

Pacheco e Rocha (2013) encontraram no seu estudo uma idade média superior, de 82,72 anos, variando entre os 65 e os 97 anos, de salientar que este estudo foi efetuado com idosos. Ferreira (2013) no seu estudo, verificou que no que concerne à pessoa dependente existia pouca diferença entre sexos, no entanto, existia um maior número de homens (55%) que mulheres (45%). Relativamente à média de idades, era também superior à encontrada no presente estudo (81 anos).

Os dados contidos no estudo de Cordeiro (2011), vão de encontro aos do presente estudo havendo uma maioria de elementos do sexo feminino (52,4%), no entanto as idades oscilam entre um mínimo de 65 anos e um máximo de 98 anos, ou seja, com uma idade média de 80,16 anos. Num outro estudo realizado por Marques, Correia, Pires e Pereira (2010), verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos tinham mais de 80 anos (64%), tendo os restantes entre 70 e 80 anos (36%) e o sexo feminino predominava (62%), tal como neste estudo.

Machado, S. C. G. (2012), tinha como objetivo avaliar da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, e verificou que, a maioria dos idosos dependentes eram do género feminino (65,2%) e 34,8% do masculino, sendo que a

maioria encontrava-se na faixa etária entre os 75-80 anos.

Para o total dos 26 inquiridos por Saraiva (2011), no concelho de Tondela, este concluiu que, no que respeita à idade da pessoa dependente, 65,38% da amostra, incluía-se na faixa etária acima dos 65 anos. Verificou-se também, que prevalecia o sexo feminino, tendo-se identificado 57,69% mulheres dependentes e 42,31% homens.

O perfil das pessoas dependentes passa ainda por serem viúvos (47,9%) tal como em quase todos os estudos mencionados. No estudo de Ferreira (2013) e Marques, Correia, Pires e Pereira (2010), a maioria dos idosos inquiridos eram viúvos, com 45% e 66%, respetivamente. Também Saraiva (2011) chegou aos mesmos resultados, a maioria da sua amostra eram viúvos, com 46,15%. Contrariamente, Cordeiro (2011) percebeu que no seu estudo a maioria dos idosos questionados eram casados (47,6%).

O nível de escolaridade é considerado baixo, já que 40,8% possuem o 1º ciclo de ensino básico e somente 9,9% concluiu o ensino secundário e 1,4% o ensino superior. Também Cordeiro (2011), no estudo “Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga” encontrou uma amostra predominantemente com baixa escolaridade, a grande maioria não concluiu o 1º ciclo do ensino básico estando representado por 47,7%. Estes resultados, de que a maioria revela baixos níveis de escolaridade, são corroborados por outros estudos desenvolvidos na área. A investigação, realizada pelos autores Marques, Correia, Pires e Pereira (2010), revelou que 32% frequentou o 1.º ciclo de escolaridade. Da amostra inquirida por Saraiva (2011), 34,62% das pessoas não sabiam ler nem escrever.

De referir que as atividades profissionais são variadas, mas a grande maioria (91,6%) são considerados Trabalhadores não qualificados. Estes dados são semelhantes aos encontrados noutros estudos como o de Cordeiro (2011), que verificou que também a maioria (34,9%) se enquadra neste grupo. Na amostra de Saraiva (2011), 34,62% das pessoas não sabiam ler nem escrever. Contrariamente, na amostra de Marques, Correia, Pires e Pereira (2010), a maioria (36%) dos sujeitos estavam ligados a profissões intelectuais e científicas.

No que concerne ao rendimento mensal atual da pessoa dependente, a grande maioria (83,1%) afirma receber menos de 500€ mensais líquidos e tanto homens como mulheres dizem auferir de rendimentos insuficientes face às despesas, com 83,3% e 93,6%, respetivamente. Também Cordeiro (2011) afirma que a maioria dos constituintes da sua amostra (55,6%) tinha rendimentos entre 250 e 500€, no entanto, existia uma percentagem muito significativa (27%) que apresentava rendimentos inferiores a 250€. Tendo em conta estes resultados, para 60% dos idosos do sexo masculino os rendimentos eram suficientes, em contrapartida, 69,7% dos idosos do sexo feminino, afirmavam que os rendimentos não eram suficientes face às suas despesas fixas. Num outro estudo realizado por Marques,

Correia, Pires e Pereira (2010), cuja amostra era constituída por 50 idosos institucionalizados na Residência Rainha D. Leonor, em Viseu, o nível económico percebido pelos utentes, era na sua maioria elevado (26%), correspondendo a valores acima dos 1500€ mensais.

No que respeita à caracterização de contexto clínico da pessoa dependente, patologias diagnosticadas e antecedentes pessoais encontradas nos 71 participantes do estudo, pode afirmar-se que, de uma forma geral as patologias mais frequentes são as patologias do sistema nervoso (25,4%), seguidas imediatamente pelas do sistema esquelético (25,3%). No que respeita aos antecedentes pessoais, predomina a HTA (28,2%), o AVC (19,7%) e a Diabetes Mellitus com 16,9%. A causa de dependência mais comum observada no estudo de Cordeiro (2011) foi a patologia cardiovascular (36,5%), seguida das patologias do foro mental/demências (15,9%). Corroborando os dados do presente estudo, também este autor encontrou como antecedentes pessoais predominantes em ambos os sexos: HTA (54%), AVC (34,9%) e Diabetes Mellitus (30,2%).

No que respeita ao tempo de duração de dependência, verificou-se que a maioria dos utentes se encontra em situação de dependência desde 1 a 2 anos com 25,3%, seguido dos utentes dependentes há menos de 1 ano e os que o são há mais de 5 anos, com igual percentagem (21,1%). Ferreira (2013), após analisar o tempo de dependência, verificou que existe um período superior a 1 ano que predominava. Observou-se que a duração da dependência na investigação de Cordeiro (2011) variava entre um mínimo de 6 meses e um máximo de 20 anos, com uma duração média atual de 4,1 anos.

Neste estudo, pôde verificar-se que, de acordo com o Índice de Barthel, 56,3% dos indivíduos apresenta dependência total, 15,5% dependência moderada e 11,3% dependência ligeira. Globalmente, e de forma menos expressiva, surgem indivíduos em situação de dependência severa (9,9%) e os indivíduos independentes (7,0%). O estudo de Pacheco e Rocha (2013) vai de encontro a estes resultados, sendo que 71% dos idosos eram considerados totalmente ou severamente dependentes. Igualmente, Machado, S. C. G. (2012) encontrou no seu estudo 46,4% de idosos com dependência total, com dependência severa 20,3%, com dependência moderada 19,0% e com dependência leve correspondiam 14,3% dos idosos da amostra. Contrariamente, Cordeiro (2011) encontrou no seu estudo 47,6% de indivíduos com dependência ligeira a moderada, 34,9% de sujeitos com dependência total ou severa e 17,5% de elementos independentes. No estudo de Sequeira (2010), também se realçavam os indivíduos com 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. Deve salientar-se que este último estudo não se referia apenas a idosos, pelo que se pode afirmar que existe grande diferença de resultados face à presente investigação.

## 6.2 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Segue-se a análise de resultados correspondentes à caracterização sociodemográfica do cuidador informal. Dos 71 elementos constituintes da amostra verifica-se que 35,21% dos elementos são do sexo masculino e 64,79% do sexo feminino, com uma média de idades de 53,73 anos que oscila entre os 30 e os 80 anos. A maioria dos indivíduos (70,4%) situa-se entre os 42 e 62 anos. Saraiva (2011), no seu estudo encontrou na sua maioria (34,62%) cuidadores acima dos 65 anos de idade. Dos 110 cuidadores de idosos estudados por Pacheco e Rocha (2013), a maioria tinha mais de 50 anos (89,1%), verificando-se uma média de idade de 64,29 anos, variando entre os 26 e os 85 anos. Ferreira (2013) inquiriu unicamente cuidadores do sexo feminino e as suas idades situavam-se entre os 52 e os 82 anos de idade, sendo que a média apresentada eram os 65 anos de idade. Cordeiro (2011), que pretendia conhecer quais as dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, utilizou uma amostra com 63 sujeitos, 16 do sexo masculino e 47 do sexo feminino. As suas idades estavam compreendidas entre os 31 e os 85 anos, com uma média de 60,05 anos. Da mesma forma, também Machado, S. C. G. (2012) encontrou na sua investigação maioritariamente elementos do sexo feminino (85,5%), sendo que a sua idade variava entre 39 anos e 80 anos, localizados na sua maioria entre 44-54 anos (37,7%). Também Pera (2012) e Mata, Pimentel e Sousa (2012), encontraram maioritariamente cuidadores do sexo feminino, 75% e 88,4%, respetivamente e com médias de idades muito semelhantes, 58,25 e 57,96 anos, respetivamente.

Nesta investigação, verificou-se que a grande maioria dos inquiridos eram casados (83,2%), assim como na maioria dos estudos encontrados. Desta forma, Ferreira (2013) no seu estudo que intitulou “A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência”, verificou que a maioria eram casadas (60%). Também Cordeiro (2011) encontrou maioritariamente cuidadores informais casados (71,4%) e apenas 8,5% de viúvos. Da mesma forma, Machado, S. C. G. (2012) e Pera (2012) notaram que nos seus estudos os cuidadores casados compunham a maioria, com 59,4% e 69,2%, respetivamente. Igual situação foi mencionada no estudo de Mata, Pimentel e Sousa (2012), onde 79,3% eram casados. Saraiva (2011), verificou que na sua investigação a maioria eram casados (57,69%).

Outra característica sociodemográfica do cuidador informal revela que, de uma forma geral, registam baixos níveis de escolaridade, já que a maioria dos indivíduos (36,7%) concluíram o 1º ciclo do ensino básico, estes dados são corroborados por outros estudo, tal como, Pacheco e Rocha (2013), que chegaram à mesma conclusão, com uma maioria de

67,3%. Ferreira (2013), mencionou a mesma situação, ou seja, 70% dos cuidadores tinham o 1º ciclo do ensino básico, bem como, Cordeiro (2011), com uma percentagem de 28,6% e Pera (2012) com 56,6%. Saraiva (2011), observou que 30,77%, que corresponde à maioria, possuía a 4ª classe. Todavia, na investigação de Machado, S. C. G. (2012), a maioria (42,0%) possuía o 6º ano de escolaridade.

No que respeita ao local de residência, na presente investigação, concluiu-se que 50,7% dos inquiridos residia na aldeia, seguidos daqueles que residiam em vilas (25,4%) e cidades (23,9%). Contrariamente, Cordeiro (2011) encontrou 42,9% de cuidadores informais residentes na cidade, 38,1% na aldeia, e 19% na vila.

Quanto aos grupos profissionais e situação laboral onde se integram os cuidadores informais, a maioria encontrada neste estudo é classificada como Trabalhadores não qualificados (40,8%) e encontram-se com emprego ativo (50,8%). Semelhantemente, Cordeiro (2011), na sua investigação encontrou o predomínio das profissões não qualificadas (31,7%), no entanto 49,2% encontravam-se reformados. Contrariamente ao presente estudo, Ferreira (2013) encontrou uma maioria de cuidadores informais reformados (70%), assim como Saraiva (2011), em Tondela, verificou de 42,3% da sua amostra eram reformados.

A grande maioria dos cuidadores informais da presente investigação (56,3%) afirmava receber como rendimento mensal atual menos de 500€ mensais líquidos, também Cordeiro (2011), chegou aos mesmos resultados, com 46%.

No que concerne à perceção que o cuidador informal tem do seu estado de saúde, verificou-se que de uma forma geral estes consideram a sua saúde como sendo “Fraca” (45,0%). De forma oposta, os cuidadores informais inquiridos por Cordeiro (2011), afirmam possuir “Bom” e “Muito Bom” estado de saúde (66,7%).

### 6.3 – CARACTERIZAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Seguidamente, surge a análise de resultados correspondentes à caracterização circunstancial e no que respeita à relação de parentesco verifica-se que a maioria (50,5%) dos cuidadores informais afirmam ser filhos/as das pessoas dependentes que cuidam. Da mesma forma, Pera (2012) e Mata, Pimentel e Sousa (2012), verificaram que a maioria dos cuidadores inquiridos no seu estudo eram filhas, com 50% e 46,6%, respetivamente. Também Cordeiro (2011) e Machado, S. C. G. (2012), encontraram dados semelhantes nos seus

estudos, sendo que a maioria dos cuidadores informais eram filhos/as, 52,4% e 37,7%, respectivamente. Ao contrário, Ferreira (2013) no seu estudo que pretendia avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com dependência apurou que, em 40% dos casos, os cuidados eram prestados pela esposa.

Quando questionados sobre a “existência de mais alguém a ser cuidado” a grande maioria dos cuidadores informais refere não ter mais ninguém de quem cuidar (80,3%). Os dados colhidos por Cordeiro (2011), corroboram os resultados encontrados no presente estudo, sendo que a maioria (82,5%) dos cuidadores não tem mais ninguém a quem prestar cuidados.

Globalmente, e abordando a razão de os sujeitos serem cuidadores informais, pode observar-se que 42,2% afirmam sê-lo por serem os únicos que poderiam desempenhar esse papel. Ao contrário, Cordeiro (2011) encontrou como maioria (46,0%), aqueles que cuidavam por iniciativa própria. Machado, S. C. G. (2012), no seu estudo designado “Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana” percebeu que a maioria dos cuidadores deste concelho (81,2%), refere como razão para cuidar da pessoa dependente a relação de parentesco.

Quanto ao tempo de prestação de cuidados a maioria dos cuidadores informais fá-lo há mais de 4 anos (33,7%). De forma semelhante, Cordeiro (2011) verificou na amostra do seu estudo que a maioria dos cuidadores informais (52,4%) adotaram esse papel há mais de quatro anos. Diferentemente, Machado, S. C. G. (2012) encontrou 37,7% de cuidadores que prestam cuidados desde 1 a 4 anos. Pera (2012), quanto ao tempo exercido como cuidador, verificou que existe maior prevalência (75%) entre 1 a 5 anos. Também Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), encontraram a mesma situação, referindo que a prestação de cuidados tinha a duração maioritária (58%) de 1 a 5 anos.

No que concerne ao tempo passado junto da pessoa dependente, no presente estudo, pode verificar-se que 30,9% dos indivíduos afirmavam passar menos de 6 horas por dia. De forma contrária, Ferreira (2013), concluiu que 90% dos cuidadores entrevistados asseguravam cuidados entre 21 a 24 horas por dia e unicamente 10% dos entrevistados referiram cuidar entre 1 a 4 horas/dia. Cordeiro (2011) encontrou dados diferentes, ou seja, a maioria (75,6%) passava mais de 6 horas por dia, sendo que, 34,9% correspondia àqueles que passavam de 18 a 24 horas diárias. A maioria (72,5%) dos inquiridos por Machado, S. C. G. (2012) dedicava mais de 12 horas diárias à prestação de cuidados.

Quanto à existência de apoio informal na prestação de cuidados a maioria dos sujeitos afirma não receber essa ajuda (62,0%), sendo que 59,2% referem ter ajuda de alguém caso necessitem de se ausentar. Pacheco e Rocha (2013) verificaram que da sua amostra 58,2%

recebiam ajuda de cuidadores secundários. Também Cordeiro (2011) e Machado, S. C. G. (2012) perceberam que a maioria dos seus cuidadores referiu ter ajuda de alguém para cuidar do idoso, 66,7% e 52,2%, respetivamente. Contrariamente, Ferreira (2013) constatou que 75% dos cuidadores referiu não receber qualquer apoio informal.

A maioria dos cuidadores informais (67,6%) afirmam não receber qualquer tipo de apoio formal. Da mesma forma, Pacheco e Rocha (2013) concluíram que ajuda formal existiu em apenas 14,5% dos casos. Também Cordeiro (2011) chegou a semelhantes conclusões, ou seja, 57,1%, referiu não receber qualquer tipo de ajuda formal ou apoio de qualquer instituição. Ferreira (2013) encontrou resultados curiosos, sendo que 50% afirmavam receber apoio formal e 50% não receber.

Genericamente, a grande maioria (70,4%) dos cuidadores informais interrogados na presente investigação, referem não possuir qualquer apoio financeiro caso necessitem. Segundo Cordeiro (2011), 50,8% dos cuidadores por si inquiridos referiram não ter a quem recorrer se precisarem de ajuda financeira.

No que concerne à coresidência a maioria (56,4%) das pessoas dependentes reside com o cuidador informal, na habitação do mesmo (64,8%) e em moradias (84,5%). Da mesma forma, Cordeiro (2011) pôde observar que a maioria morava com o cuidador informal (52,4%), no entanto residiam na sua própria habitação (61,9%). Pera (2012), no seu estudo realçou que a maioria (82,7%) dos cuidadores residia com o idoso dependente. Estes resultados corroboram o estudo realizado por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), contatando-se que a maioria (92%) coabitava com o idoso dependente.

Referindo agora a forma de deslocação da pessoa dependente a maioria desloca-se pelo próprio pé (39,4%) e logo de seguida surgem os que se deslocam em cadeira de rodas (36,6%). Do total da amostra de Cordeiro (2011), 44,4% deslocavam-se pelo seu pé, 34,9% deslocavam-se em maca e 20,6% em cadeira de rodas.

Analisando agora a Funcionalidade Familiar, percebe-se que os valores mencionados oscilam entre os 0 e os 10, correspondendo-lhe uma média de 5,59, um Dp de 3,540, sendo que a média para o sexo masculino (5,48) é ligeiramente inferior à do sexo feminino (5,65). Genericamente a maioria dos sujeitos inquiridos têm uma família altamente funcional (40,8%).

No que respeita ao Apoio Social as pontuações obtidas variam entre 16 e 80, com uma média de 50,85 e um Dp de 14,303 e observa-se que a média no sexo masculino (49,16) é inferior ao sexo feminino (51,76). A maioria dos cuidadores informais inquiridos afirma receber moderado apoio social (69,0%).

Para estas duas últimas variáveis não foram encontrados estudos semelhantes que permitissem usar os seus resultados e fazer a sua comparação com os dados encontrados na presente investigação.

No presente estudo, verificou-se que de uma forma geral os scores alusivos à sobrecarga do cuidador informal variam de 32 a 160, com uma média de 93,23 e um Dp de 28,777. Para o sexo masculino o valor da média é de 92,88 (Dp=30,444), ligeiramente inferior à do sexo feminino ( $\bar{x}$ =93,41; Dp=27,374). Os dados colhidos por Cordeiro (2011), mostraram que os níveis de sobrecarga variam entre um mínimo de 40 e um máximo de 120, sendo que, o valor da média é de 83,1 com um Dp de 20,25. A distribuição estatística é muito idêntica em todos os valores para sexo masculino (83,06) e feminino (83,11).

Nesta investigação, verifica-se que existem, em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentam sobrecarga mínima de 0 (nenhuma sobrecarga) e sobrecarga máxima de 100 (sobrecarga máxima possível). Os valores das médias variam entre 36,90 e 53,96, que correspondem aos fatores *Satisfação com o Papel e com o Familiar* e *Implicações Vida Pessoal*, respetivamente. O Dp mínimo observado corresponde ao fator *Sobrecarga Emocional* (24,272) e o máximo (36,960) ao fator *Sobrecarga Financeira*. Os fatores onde os cuidadores apresentaram maior sobrecarga foram: *Implicações na Vida Pessoal* ( $\bar{x}$ =53,96; Dp=24,782); *Perceção de Mecanismos de Eficácia e Controlo* ( $\bar{x}$ =52,81; Dp=25,740) e *Sobrecarga Financeira* ( $\bar{x}$ =50,00; Dp=36,960). Os fatores que apresentaram uma média mais baixa de sobrecarga foram: *Satisfação com o Papel e com o Familiar* ( $\bar{x}$ =36,90; Dp=29,232); *Reações a Exigências* ( $\bar{x}$ =39,29; Dp=28,676) e *Suporte Familiar* ( $\bar{x}$ =49,47; Dp=32,212). Observou-se ainda, que no fator *Suporte Familiar* foi onde existiu maior discrepância entre géneros.

Já Cordeiro (2011) chegou a resultados semelhantes, havendo uma ou outra diferença. Constatou que existiam, em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentavam sobrecarga mínima de 0 (nenhuma sobrecarga) e sobrecarga próxima de 100 (sobrecarga máxima possível). Apenas nas *Reações a Exigências* o máximo registado era inferior a 90% (valor máximo de 65). Os fatores onde, em média, os cuidadores informais apresentavam maior sobrecarga eram: *Implicação na Vida Pessoal* ( $\bar{x}$ =50,25; Dp=21,12); *Perceção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo* ( $\bar{x}$ =45,37; Dp=22,59) e na *Sobrecarga Emocional* ( $\bar{x}$ =43,65; Dp=22,94). À semelhança com os dados no presente estudo, os fatores que apresentaram uma média mais baixa de sobrecarga foram: *Satisfação com o Papel e com o Familiar* ( $\bar{x}$ =26,11; Dp=24,91); *Reações a Exigências* ( $\bar{x}$ =27,14; Dp=17,95) e *Suporte Familiar* ( $\bar{x}$ =35,17; Dp=32,83). Em função do género, percebeu-se uma maior discrepância no fator

*Suporte Familiar*, onde era perceptível a maior falta de apoio ao sexo feminino (Cordeiro, 2011).

No que respeita ao índice CADI é possível observar-se que o score relativo às dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados varia entre um mínimo de 30 e um máximo de 120, sendo estes os valores limite admitidos pela escala. O valor da média é de 74,24 com um Dp de 21,717. No que se refere ao sexo masculino, verifica-se que apresenta uma média e Dp (68,36; 17,543) inferior ao sexo feminino (77,43; 23,235). Cordeiro (2011) verificou que o score relativo às dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados variou entre um mínimo de 31 e um máximo de 117, sendo que o valor mínimo admitido é 30 e o máximo 120. A média foi de 67,38 e o Dp de 18,07, sendo que os valores encontrados são idênticos em função do género.

Existem, em todas as dimensões, cuidadores informais que apresentam o valor mínimo de 0 (nenhuma dificuldade) e valor máximo de 100 (que equivale a 100%). Os fatores onde, em média, os cuidadores apresentam maiores dificuldades são: *Exigências do Cuidar* ( $\bar{x}$ =56,80; Dp=28,924); *Reações ao Cuidar* ( $\bar{x}$ =52,11; Dp=27,084) e *Restrições Sociais* ( $\bar{x}$ =51,57; Dp=27,824). Na análise do género, percebe-se que em todos os fatores, o sexo feminino apresenta valores médios de dificuldades superiores ao sexo masculino. O valor médio de dificuldades mais baixo corresponde ao fator *Apoio Profissional* ( $\bar{x}$ =36,38; Dp=34,308). A maior diferença sentida entre cuidadores informais do sexo masculino e feminino acontece para o fator *Apoio Familiar*, que apresentam uma média de 34,66 e Dp de 32,956, comparativamente a 59,05 e Dp de 37,467, respetivamente.

Na investigação de Cordeiro (2011), pôde verificar-se que, em praticamente todas as dimensões, existiam cuidadores informais que apresentavam o valor mínimo de 0 (nenhuma dificuldade) e valor máximo de 100 (que equivale a 100%). Os fatores onde, em média, os cuidadores informais apresentavam maiores dificuldades eram: *Exigências do Cuidar* ( $\bar{x}$ =52,76; Dp=26,37); *Reações ao Cuidar* ( $\bar{x}$ =45,63; Dp=21,79) e *Restrições Sociais* ( $\bar{x}$ =43,54; Dp=23,96). O valor médio de dificuldades com valor mais baixo correspondia à dimensão *Problemas Relacionais* ( $\bar{x}$ =30,22; Dp=24,8). Verificou-se uma diferença considerável no fator *Apoio Familiar* ao cuidador informal, onde foi perceptível uma maior falta de apoio no sexo feminino ( $\bar{x}$ =37,79; Dp=38,46), do que no sexo masculino ( $\bar{x}$ =30,20; Dp=31,75).

Os resultados empíricos encontrados nesta investigação revelaram que o nível de “dependência nas ABVD’s” influencia, de forma estatisticamente ligeira e muito significativa ( $p$  =,049 e  $p$  =,001) os níveis de sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador informais, respetivamente. Sendo assim, verificou-se que os cuidadores de pessoas com dependência total e severa apresentam-se mais sobrecarregados e com mais dificuldades que os cuidadores de pessoas com ligeira dependência ou independentes. Estes dados são

corroborados pelos encontrados por Cordeiro (2011), que confirmam a existência de efeitos significativos da variável “dependência nas ABVD’s” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades sentidas pelo cuidador. Observou-se, com valores estatisticamente muito significativos ( $p < 0,01$ ), que os cuidadores informais de idosos com dependência severa ou total, apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades que os cuidadores informais de idosos com dependência ligeira ou independentes.

Em relação à influência da variável “gênero”, os resultados revelados nesta investigação, tendo por referência os índices de sobrecarga e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, mostram que, de uma forma geral, os sujeitos do sexo masculino não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino para nenhum dos índices. Cordeiro (2011) obteve resultados semelhantes, ou seja, existia uma homogeneidade nos scores médios obtidos nas sete dimensões do QASCI, bem como nas seis dimensões do CADI, não havendo diferenças significativamente estatísticas entre o sexo masculino e feminino. Pera (2012) estabeleceu também comparação entre a sobrecarga do cuidador segundo o gênero, e verificou que as mulheres evidenciavam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões quando comparadas aos homens. Verificou ainda, que o gênero feminino apresentava médias mais elevadas de dificuldades na maioria das dimensões, exceto na dimensão *Apoio Profissional*. As diferenças eram significativas nas dimensões: *Reações ao Cuidar*, *Exigências do Cuidar*, *Problemas Relacionais* e no nível global das dificuldades.

Quando se quantifica a associação entre a “idade” e as variáveis dependentes em estudo (sobrecarga e dificuldades do cuidador informal) percebe-se que não existe uma associação estatisticamente significativa em nenhum dos fatores deste questionário, assim como para o seu total. No entanto para o fator *Apoio Familiar* constata-se que os dados expressam a existência de associações muito significativas ( $p < 0,01$ ) entre a idade e o fator, ou seja, quanto maior a idade maiores são as dificuldades sentidas no que respeita ao apoio prestado por familiares. Cordeiro (2011), chegou a resultados diferentes, verificou que existia uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a idade e a dimensão *Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo*, o que levou o autor a concluir que quanto mais velhos eram os cuidadores maior era a sobrecarga inerente a esta dimensão. Segundo Pera (2012) as pessoas com idades entre os 40 e 49 anos apresentavam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões, exceto na dimensão *Percepção de Autoeficácia*, assim como de dificuldades na maioria das dimensões, exceto *Apoio Familiar*.

Em relação ao efeito da variável “estado civil” na sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, verifica-se que os valores médios de sobrecarga e dificuldades são, na generalidade,

muito semelhantes entre os vários grupos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fatores e totais dos dois índices. Da mesma forma, Cordeiro (2011) chegou a resultados semelhantes. Pera (2012) comparando as médias de sobrecarga com o estado civil observou que o estado civil de separado apresentava médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões exceto nas dimensões *Percepção de Autoeficácia* e *Restrições Sociais*, não se tendo verificado significância estatística, neste último item.

Em relação ao efeito da variável “habilitações literárias” na sobrecarga e dificuldades do cuidador informal verificou-se, nesta investigação, que os valores médios de sobrecarga e dificuldades são, na generalidade, muito semelhantes entre os vários grupos, no entanto para o fator *Sobrecarga Financeira*, os dados são estatisticamente significativos ( $H= 12,668$ ;  $p=,049$ ), sendo que os cuidadores que têm o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe) apresentam maiores níveis de sobrecarga que os cuidadores que concluíram o ensino secundário, no que respeita às questões financeiras inerentes ao cuidar. Também Gratão (2010) mencionou que relativamente à escolaridade, grande parte dos cuidadores estudou apenas até o 4º ano, sendo esta uma das variáveis que apresentava maior significância sobre os níveis de sobrecarga. Já Machado, S. C. G. (2012) concluiu que existiam de diferenças significativas nas médias da sobrecarga do cuidador tendo-se verificado, que eram os analfabetos e os que tinham baixo nível de escolaridade que apresentavam maiores níveis de sobrecarga. No estudo de Rondini, Justo, Filho, Lucca e Oliveira (2011) ficou demonstrado que, quanto menor o nível de escolaridade do cuidador informal, maior a sobrecarga percebida pelo mesmo no desempenho das suas funções de cuidar. Contrariamente, no estudo levado a cabo por Pera (2012), verificou-se que cuidadores com estudos secundários demonstravam médias mais elevadas de sobrecarga em todas as dimensões, bem como no que toca às dificuldades, para a maioria das dimensões, exceto na dimensão *Apoio familiar* e *Problemas Relacionais*.

No que respeita à influência da variável “situação laboral” sobre os índices de sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, a análise dos valores médios são na globalidade muito semelhantes, não havendo nenhum fator destacado por ser estatisticamente significativo. Sendo assim, surgiu a necessidade de reestruturar criando-se apenas duas categorias: ativos e inativos, verificando-se diferenças significativas entre os dois grupos no fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal* para o índice QASCI. Relativamente à influência da “situação laboral” sobre o índice de dificuldades do cuidador informal da pessoa dependente, não se observam dados estatisticamente significativos. No entanto, Cordeiro (2011) verificou, analisando os valores médios, que aqueles que se encontravam empregados apresentavam menor sobrecarga que os restantes grupos na maioria dos fatores e no total dos dois índices. Quanto à influência da “situação laboral” sobre o índice de dificuldades do cuidador informal, revelou-se um efeito muito significativo da variável no fator *Exigências do Cuidar*. Os

cuidadores informais reformados apresentavam mais dificuldades, revelando maior cansaço físico, que os empregados. A generalidade dos dados indicou que os cuidadores informais sem atividade profissional atingiam níveis de sobrecarga e de dificuldades superiores, quando comparados com os cuidadores informais ativos que desempenhavam uma atividade profissional. Tal como Cordeiro (2011), também o facto de a maioria dos cuidadores inquiridos neste estudo (n=121; 58%) não possuir um emprego, potencializou a sobrecarga financeira (Seina & Lenardt, 2011).

Quanto ao efeito da variável “rendimento mensal” do cuidador informal sobre o índice de sobrecarga, verifica-se que não existe qualquer efeito significativo em nenhum dos dados obtidos na amostra. No entanto, quanto às dificuldades do cuidador informal verifica-se um efeito significativo apenas no fator *Apoio Familiar*, desta forma os cuidadores informais que recebem menos que 500€ manifestam mais dificuldades relacionadas com esse fator que os cuidadores informais que recebem entre 500 e 1000€, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas no total do índice CADI. Cordeiro (2011) constatou que os cuidadores informais com rendimentos inferiores a 500€ apresentavam maior *Sobrecarga Financeira* e mais dificuldades em 13 dos 30 itens da escala, embora não se observassem diferenças estatisticamente significativas com a totalidade dos fatores e com os totais dos dois índices (QASCI e CADI). Também Machado, S. C. G. (2012) verificou que os cuidadores com nível socioeconómico inferior apresentavam uma sobrecarga superior.

No que concerne à influência da variável “perceção do estado de saúde” do cuidador informal sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades, pode verificar-se que prevalecem os cuidadores informais que têm pior perceção do seu estado de saúde e se distinguem na maioria dos fatores e nos totais dos dois índices, de forma estatisticamente significativa, dos cuidadores que têm uma perceção de um melhor nível de saúde. Os indivíduos que apresentam menor perceção do estado de saúde apresentam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades. Estes dados são corroborados por Cordeiro (2011), que revelou que os sujeitos que apresentavam menor perceção do estado de saúde apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades.

Analisando o efeito da variável “grau de parentesco” entre o cuidador informal e a pessoa dependente, percebe-se que não existe qualquer efeito significativo para a generalidade dos resultados obtidos desta variável sobre os vários fatores do QASCI e do CADI. Igualmente, não se verificou a existência de efeitos significativos desta variável sobre os vários fatores do QASCI e do CADI no estudo de Cordeiro (2011). Na investigação de Pera (2012), as filhas cuidadoras evidenciavam médias mais elevadas de sobrecarga global. Em relação ao grau

de parentesco evidenciaram-se as dificuldades sentidas pelos netos nas seguintes dimensões: *total de CADI, Exigências do Cuidar, Restrições Sociais, Apoio Financeiro e Problemas Relacionais*.

Tendo em conta o efeito da variável “razão do cuidar” sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades do cuidador informal, pela análise dos valores médios verifica-se que existe uma certa homogeneidade em todos os grupos no que respeita à sobrecarga do cuidador informal, não existindo diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao efeito da variável “razão do cuidar” sobre as dificuldades, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas no fator *Apoio Familiar*, sendo assim os sujeitos que cuidam por iniciativa própria, apresentam menos dificuldades quanto ao apoio prestado por familiares do que aqueles que consideram que eram os únicos a poder assumir o cargo de cuidadores, embora este dado não influencie o valor de CADI total. Para Cordeiro (2011), os cuidadores informais que apontaram a “razão do cuidar” por iniciativa própria revelavam menor sobrecarga que aqueles que cuidavam por serem os únicos que poderiam desempenhar esse papel ou por decisão familiar, no entanto, não existiram diferenças significativas entre os três grupos no total do QASCI. Quanto ao efeito desta variável sobre as dificuldades, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

No que concerne ao efeito da variável “duração de cuidados” sobre o índice de sobrecarga, os dados obtidos assinalam um efeito significativo no fator *Reações a Exigências no Cuidar*, assim verifica-se que aqueles que cuidam há mais de 4 anos apresentam menor capacidade de reagir a exigências inerentes ao processo de cuidar, sendo este um fator de sobrecarga, comparativamente com aqueles que cuidam há menos de 6 meses. Relativamente ao efeito da variável “duração dos cuidados” sobre as dificuldades do cuidador, as análises efetuadas revelam não existir um efeito significativo em nenhum dos fatores que compõem este índice e o seu total. Face aos resultados anteriormente apresentados, tal como aconteceu com a variável “situação laboral”, foram criadas categorias de forma a ficarem apenas dois grupos: cuidadores informais que cuidam há menos de 2 anos e cuidadores informais que cuidam há mais de 2 anos. Ainda assim, da análise dos resultados apenas se encontram diferenças significativas entre os dois grupos sobre o índice de dificuldades, mais propriamente no que diz respeito ao fator *Apoio Familiar*. Pode assim afirmar-se, que os cuidadores informais que cuidam há menos de 2 anos manifestam maior nível de sobrecarga quanto ao apoio que lhes é prestado pela família. Relativamente à influência desta variável sobre as dificuldades pode observar-se que, para nenhum dos fatores os dados são estatisticamente significativos. Outro autor afirmou que, embora a análise dos valores médios assinalasse, no total, uma maior sobrecarga e mais dificuldades dos cuidadores informais que cuidavam há mais de 4 anos, na generalidade não se verificaram efeitos significativos da

variável sobre os dois índices em estudo (Cordeiro, 2011). Contrariamente, Pera (2012) correlacionou o tempo de cuidado e a sobrecarga e constatou que existia uma correlação significativa.

Quanto à influência da variável “intensidade dos cuidados” sobre a sobrecarga do cuidador informal, percebe-se que se encontram dados estatisticamente significativos para o fator *Implicações na Vida do Cuidador Informal* e os indivíduos que cuidam entre 18 a 24 horas, ou seja, estes apresentam maior nível de sobrecarga que aqueles que cuidam menos de 6 horas por dia. Todavia, não se verificam resultados estatisticamente significativos da influência desta variável sobre as dificuldades sentidas pelo cuidador informal. Cordeiro (2011) comprovou que, os cuidadores informais que passavam mais de 12 horas junto do idoso apresentavam maiores índices de sobrecarga e de dificuldades comparativamente àqueles que passavam entre 6 a 12 horas e aqueles que estavam menos de 6 horas com o idoso. Todavia, não se observaram resultados estatisticamente significativos sobre todos os fatores, mas as diferenças encontradas foram suficientes para influenciar significativamente o total de ambos os índices.

Neste estudo, quanto à influência da variável “apoio informal”, sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades manifestados pelos cuidadores informais, pode verificar-se que existe uma certa homogeneidade dos valores médios de sobrecarga e dificuldades em todos os fatores e totais do QASCI e do CADI, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens. De forma idêntica, também Cordeiro (2011) chegou às mesmas conclusões.

Em relação à influência da variável “apoio formal” sobre os índices de sobrecarga ou dificuldades, conclui-se que existe homogeneidade entre aqueles que não recebem e os que recebem apoio institucional, sendo que para nenhum dos totais dos índices e seus fatores se verificam diferenças estatisticamente significativas. Todavia, Cordeiro (2011) averiguou que, os cuidadores informais que recebiam apoio formal possuíam maiores níveis de sobrecarga e de dificuldades em todas as dimensões dos dois índices, à exceção da dimensão *Reação a Exigências do Cuidar* do QASCI, verificando-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em vários fatores dos dois índices.

No que respeita à variável “percepção de apoio em situação de ausência” e sua influência sobre os índices de sobrecarga e de dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, os resultados apresentados no que concerne à sobrecarga, evidenciam uma disparidade de valores médios entre aqueles que recebem apoio em situação de ausência. Sendo assim, de uma forma geral, os cuidadores informais que recebem apoio de terceiros quando necessitam

de se ausentar manifestam níveis de sobrecarga menores quando comparados com aqueles que não recebem esse apoio. Quanto às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas dependentes, pode também afirmar-se que os cuidadores informais que recebem ajuda quando necessitam de se ausentar, apresentam menores dificuldades que aqueles que não têm qualquer tipo de ajuda na sua ausência. Cordeiro (2011), considerando os índices de sobrecarga e de dificuldades percebidas pelo cuidador informal, verificou unicamente a existência de: um efeito ligeiramente significativo sobre a dimensão *Sobrecarga Financeira*, revelando os cuidadores informais, que afirmavam ter “apoio na sua ausência”, menor sobrecarga financeira; e um efeito ligeiramente significativo sobre a dimensão *Exigências do Cuidar*, ou seja, eram os cuidadores informais que não tinham apoio se precisassem de se ausentar que demonstravam maior cansaço físico e desgaste face aqueles que tinham apoio.

No que respeita à influência da variável “ajuda financeira” sobre os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, observa-se que de uma forma geral, os cuidadores informais que recebem algum tipo de apoio financeiro, apresentam menores níveis de sobrecarga. Quanto às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, pode afirmar-se que, para os fatores *Problemas Relacionais*, *Apoio Familiar*, *Apoio Profissional* e *Total* deste índice, os cuidadores informais que recebem apoio financeiro referem menores dificuldades inerentes ao cuidar. Outro autor comprovou que, genericamente existiam diferenças significativas no total do índice QASCI. Embora não se verificassem diferenças significativas que influenciassem o total do CADI, os cuidadores que não tinham com quem contar se precisassem de ajuda financeira apresentavam mais dificuldades em 13 itens dos 30 possíveis. Os cuidadores informais que possuíam ajuda financeira mostravam menores níveis de sobrecarga e de dificuldades, em praticamente todos os fatores dos dois índices (Cordeiro, 2011).

No que respeita à variável “coresidência”, tendo por referência os índices de sobrecarga ou dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, que os dados não são estatisticamente significativos. Contrariamente, Cordeiro (2011) concluiu que, os cuidadores informais que não habitavam com o idoso diferenciavam-se, de forma estatisticamente significativa, dos cuidadores informais que residiam com o idoso, revelando estes últimos maiores níveis de sobrecarga. Relativamente às dificuldades, os cuidadores informais que residiam com o idoso também revelaram maiores dificuldades.

Nesta investigação pode verificar-se que as variáveis “funcionalidade familiar” e “apoio social” na generalidade influenciam o nível de sobrecarga e dificuldades. De uma forma geral, pode dizer-se que, os cuidadores inseridos em famílias altamente e moderadamente disfuncionais, apresentam níveis de sobrecarga superiores e mais dificuldades que os sujeitos inseridos em famílias altamente funcionais. Genericamente, pode afirmar-se que, os

cuidadores com baixo apoio social de retaguarda, percebem níveis mais elevados de sobrecarga e dificuldades que os indivíduos que usufruem de apoio social elevado.

Para estas duas últimas variáveis não foram encontrados estudos semelhantes que permitissem usar os seus resultados e fazer a sua comparação com os dados encontrados na presente investigação.

Correlacionando os totais do “índice de sobrecarga e do índice de dificuldades” do cuidador informal pode verificar-se que os resultados são, do ponto de vista estatístico, muitíssimo significativos com uma associação moderadamente forte e positiva, sugerindo que quanto maior são as dificuldades dos cuidadores maior é a sobrecarga sentida pelos mesmos. Também Cordeiro (2011) chegou a resultados semelhantes, ou seja, verificou uma associação muito forte e muitíssimo significativa do ponto de vista estatístico. Significando, que quanto maior eram as dificuldades, maiores eram também os níveis de sobrecarga do cuidador informal.

## 7 – CONCLUSÃO

Atualmente, o número de pessoas sujeitas a doenças crônicas tem aumentado exponencialmente assim como o seu nível de dependência. Desta forma, estas constituem um constante desafio para os serviços de saúde, profissionais de saúde e sociedade em geral. Sendo assim, cuidadores informais desempenham um papel primordial e inquestionável de apoio a pessoas dependentes que necessitam de cuidados durante uma determinada fase da sua vida ou para sempre. É na família que, normalmente, os indivíduos se refugiam e procuram o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise. Cuidar de alguém dependente, ou apenas ter alguém à nossa responsabilidade origina situações de sobrecarga a vários níveis (social, familiar e profissional). De destacar também os encargos financeiros que advêm necessariamente da prestação de cuidados.

Torna-se fundamental, para manter todo este processo saudável e a decorrer sem intercorrências que exista uma larga rede, composta por uma equipa multiprofissional que permita aos cuidadores informais sentirem-se apoiados. É também de extrema importância ceder a informação necessária e inerente à prestação de cuidados, mostrando sempre total disponibilidade. Desta forma, a maioria dos investigadores que se dedicam às questões relacionadas com o envelhecimento, referem que, sempre que possível, as pessoas dependentes devem permanecer no seu próprio ambiente, devendo existir políticas por parte da sociedade que lhes proporcionem apoio e acompanhamento.

Existem diversos fatores que condicionam o processo de investigação, como em qualquer outro estudo científico, torna-se então importante refletir sobre esses aspetos/ limitações do estudo e se poderão ou não ter interferido nos resultados obtidos.

Apesar de, após pesquisa exaustiva, se ter efetuado um instrumento de colheita de dados o mais completo possível, não foi de todo exequível abordar todas as variáveis que poderiam influenciar a sobrecarga e dificuldades do cuidador informal, correndo o risco de este instrumento se tornar demasiadamente extenso, levando ao cansaço dos cuidadores e até mesmo desistência ao preencher. Variáveis relacionadas com crenças e representações da doença e dependência nas atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's) parecem ser pertinentes para a compreensão mais pormenorizada desta problemática. Certamente ficará para uma investigação futura.

No que respeita à amostra houve o esforço de reunir o maior número de elementos possível. No entanto, a adesão por parte dos cuidadores não foi a desejada talvez devido à especificidade da linguagem utilizada nas escalas, associado à baixa escolaridade e literacia da amostra e ao facto de as pessoas se encontrarem saturadas deste tipo de abordagem.

A amostragem não probabilística não permite a mesma possibilidade de todos os elementos da população serem selecionados para constituir a amostra, o que implica limitações quando se fazem generalizações, se os resultados não forem muito significativos estatisticamente. No entanto, face à limitação de tempo, não seria possível um tipo de amostragem diferente. De destacar que, embora a amostra desta investigação seja reduzida, está de acordo com a maioria dos estudos consultados sobre esta temática.

Não foi possível inferir relações de causalidade entre as variáveis estudadas, sem controlo de variáveis externas num pressuposto de estudo quasi-experimental, por se tratar de um estudo transversal, onde não é possível fazer um acompanhamento do utente, desde que começa a necessitar de cuidados prestados por terceiros, evolução da situação e interação de todas as particularidades intervenientes, importantes nas especificidades no processo de adesão.

Outro condicionalismo consiste na seleção de índices selecionados, pois haveria outros mais que poderiam ser aplicados. No entanto, após pesquisa efetuada e tendo em conta a população alvo, pareceu conveniente os escolhidos, pelo facto de serem de simples compreensão e de fácil preenchimento.

Contudo isto, e apesar de todas as dificuldades e limitações sentidas procurou-se ao máximo reduzir a possibilidade de enviesamentos dos resultados obtidos.

A presente investigação mostrou que a saúde dos cuidadores informais é um dos fatores promotores de uma menor sobrecarga e dificuldades, o que intensifica a importância do apoio formal, de forma a tornar as intervenções pontuais em intervenções sistemáticas e estruturadas entre os diferentes agentes formais e informais, que forneçam suporte médico e de enfermagem, social, emocional e económico aos utentes e aos próprios cuidadores informais. Este suporte será prestado por uma equipa multidisciplinar que deverá desenvolver atividades junto do cuidador informal, que contribuam para a capacitação e concomitantemente melhoria da qualidade de vida do utente e do cuidador. Desta forma, é essencial a sensibilização dos profissionais e a divulgação do perfil do cuidador mais suscetível de desencadear sobrecarga para que os profissionais de saúde não cuidem apenas dos utentes, mas, mantenham igualmente, um olhar muito atento sobre o cuidador informal e sobretudo sobre as suas dificuldades. Para que isto aconteça, são necessários serviços

simples e desburocratizados, perspectivados de forma integrada, que envolvam os serviços de apoio às ABVD's e a vertente da saúde (médico e de enfermagem, reabilitação, psicologia, terapia ocupacional entre outros), que possam ser ativados quando se identificam cuidadores que necessitam de apoio.

O profissional de saúde deverá ter ao seu dispor meios que lhe permitam diagnosticar e dar o devido encaminhamento às situações. O CADI poderá ser um bom instrumento para averiguar as dificuldades sentidas pelo cuidador, não só por ser de simples compreensão e preenchimento, como também permite perceber de imediato as maiores dificuldades sentidas. Por mais que o profissional de saúde revele determinação e iniciativa para apoiar estes cuidadores informais, necessita possuir outras medidas básicas de suporte, que não estão diretamente relacionadas consigo.

O apoio financeiro, que permita aos cuidadores informais colmatar as despesas fixas, é fundamental, nomeadamente no que se relaciona com ajudas técnicas, aquisição das fraldas e medicamentos, alimentação e deslocações até às instituições de saúde. Muitas vezes, as próprias habitações necessitam de sofrer remodelações que deveriam ser asseguradas por entidades públicas (Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, entre outras), no sentido de tornar os utentes mais independentes e dar-lhes maior dignidade. No que respeita à eliminação de barreiras arquitetónicas, o enfermeiro de reabilitação pode e deve ter um papel preponderante, não só no sentido de as detetar, como também de arranjar soluções e estratégias para as eliminar ou evitar que estas sejam uma dificuldade.

Poderia revelar-se interessante a criação de um gabinete com períodos de atendimento aos cuidadores informais e que integre uma equipa multidisciplinar que articule, contribuindo para a diminuição dos níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Este gabinete deveria ser divulgado massivamente e ser de fácil acesso. Os Centros de Saúde são a primeira porta de acesso aos serviços de saúde e, como tal, a localização deste gabinete deveria ser neste local. O atendimento deveria ser simplificado, podendo efetivar-se de diversas formas, tais como contacto telefónico, deslocação desses profissionais ao domicílio e atendimento pessoal no próprio gabinete. Desta equipa multidisciplinar deveria também constar um enfermeiro de reabilitação, não só por terem uma perspetiva diferenciada sobre as dificuldades inerentes a todo o processo de cuidar do outro, como também por serem essenciais para delinear estratégias e guias orientadores que permitam eliminar ou suavizar todas estas dificuldades, que conseqüentemente acarretam sobrecarga sobre aquele que cuida.

Deveria ser função do profissional de saúde providenciar um maior alívio do cuidador através de um incremento do apoio informal, recorrendo aos vários familiares, vizinhos e

amigos, e formal no domicílio, com o objetivo de proporcionar ao cuidador informal períodos de descanso. Da mesma forma, deverá ser este mesmo profissional, integrado numa equipa multidisciplinar a incentivar um envelhecimento ativo, recorrendo a diversos apoios/instituições existentes nas comunidades, promovendo a sua integração e dos próprios cuidadores informais. Também nesta perspetiva da promoção do envelhecimento ativo, o enfermeiro de reabilitação deveria desempenhar um papel crucial no sentido do fomento de uma velhice mais saudável, não só na promoção de exercício físico, mas de incentivo à aquisição de uma dieta saudável e de incitação à interação social.

Dirigindo-me agora à RNCCI, que integra as UCCLDM, numa das quais me encontro a desempenhar funções à cerca de cinco anos, devo salientar que senti verdadeira necessidade de me especializar na área de reabilitação por considerar que existe um longo caminho a percorrer na promoção da autonomia e independência dos utentes que integram estas unidades. Considero que já tem sido feito um longo trabalho nesta área, até porque a filosofia inerente a estas unidades dita isso mesmo, que os utentes recuperem ou mantenham ao máximo as suas competências, no entanto, em determinadas circunstâncias senti necessidade de um apoio diferenciado que não tinha, como tal, espero vir a constituir esse mesmo apoio para os meus colegas. Espero que num futuro muito próximo seja reconhecido o valor destes profissionais e a lei faça contemplar a existência de enfermeiros de reabilitação nas UCCLDM, constatando a sua importância e relevância na promoção da autonomia e independência dos utentes.

Terminada esta investigação, penso que os objetivos propostos foram atingidos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do cuidador informal, ficando a vontade de melhor cuidar.

A enfermagem existe porque é necessária, porque existe o “Outro”, porque há um outro com alguma necessidade a que nós, como enfermeiros, devemos responder, solucionando ou aliviando. Tendo isto como referência percebe-se que existe sempre mais a fazer neste âmbito, bem como em outras temáticas igualmente relevantes, pelo que é essencial continuar a investigar para podermos sempre melhorar as nossas práticas.

**Referências bibliográficas:**

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Braga: Universidade do Minho.
- Acedido em  
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf).
- Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: impacto positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais*, 86, 25-30.
- Ávila, R. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em  
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>.
- Azeredo, Z. & Matos, E. (1998). *Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar*. Lisboa: Geriatria.
- Boof, L. (2008). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra* (15ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Porto: Laboratórios Bial.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabete, D. G. (2008). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O Impacto do Internamento hospitalar no estado funcional psicológico das pessoas idosas* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Cardoso, L., Mazza, R. S., Ricci, M. A. M. & Vieira, M. V. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 46(2), 513-517.

- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S. & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Acedido em [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf).
- Collière, M. F. (2000). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Cordeiro, L. A. G. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Viseu: Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1665>.
- Decreto-lei nº 101/2006, nº 108. (2006, Junho 6). Aprova a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes. [Portugal]. *Diário da República*, 1(109), pp. 3856-3857. Acedido em [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf).
- Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Setúbal: Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/5097/1/trabalho%20final%20MESMP.pdf>
- Ferreira, S. (2008). *Papel dos cuidadores Informais ao idoso com doença Alzheimer*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&source=hp&biw=1276&bih=635&q=Papel+dos+cuidadores+Informais+ao+idoso+com+doen%C3%A7a+Alzheimer&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp=24cb006f473d7543>.
- Ferreira, S. (2010). *A Adaptação Do Cuidador Informal Como Foco Da Prática De Enfermagem*. Santarém: Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>.
- Fialho, A. V. M., Freitas, C. H. A., Jorge, M. S. B. & Vieira, C. P. B. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 570-579.

- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) & HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Nova Iorque e Londres. Acedido em [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf).
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: Da problemática à recolha de dados*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, C., Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento Crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40(2), 21-37. Acedido em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt).
- Gratão, A. C. M. (2010). *Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade*. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-14012011-092744/pt-br.php>.
- Grelha, P. A. S. S. (2009). *Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Guimarães, R. M. (2010). *Envelhecer com qualidade. Um capital de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso dependente no contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (2013). *Classificação Nacional das Profissões*. Acedido em <http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp/quadros-superiores-da-adminstracao-publica/>.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In: C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.203-229). Lisboa: Climepsi.

- Machado, A. (2012). *Tipos de Amostragem 1: Amostragem não probabilística*. Brasil.  
Acedido em <http://www.andremachado.org/artigos/815/tipos-de-amostragem-1-amostragem-nao-probabilistica.html>.
- Machado, S. C. G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana*. Madeira: Centro de Competências das Tecnologias da Saúde. Acedido em <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65. Acedido em <http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, F., Correia, F., Pires, R. & Pereira, P. A. (2010). Apoio social em idosos institucionalizados. *Revista Gestão e Desenvolvimento*, 17(18), 99-121.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social In: C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 183-207). Lisboa: Climepsi.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>.
- Mata, M., Pimentel, H., & Sousa, F. (2012). *Contextos de investigação em Saúde: Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. Chaves: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6995/3/Chaves%20M.pdf>.

- Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Moniz, J. M. N. (2008). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Edição/reimpressão. Loures: Lusociência.
- OMS (2001). *The world health report*. Geneva: OMS.
- Pacheco, J. E. P. & Rocha, B. M. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e  *coping* do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56.
- Pedreira, L. C. & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 730-736.
- Pera, L. F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. Bragança: Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Relatorio%20de%20est%C3%A1gio%20-%20L%C3%ADdia%20Pera.pdf>.
- Pereira, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem. Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020\\_td\\_Helder\\_Pereira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf).
- Pereira, A. & Poupa, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. Lisboa: Edições Sílabo.
- 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.
- Pimentel, L. (2008). *Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>.

- Polaro, S. H. I., Gonçalves, L. H.T., Nassar, S. M., Lopes, M. M. B., Ferreira, V. F., Monteiro, H. K. (2013). Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos da quarta idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 228-233.
- Portugal, Administração Central de Serviços de Saúde. (2015). Ministério da Saúde. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – Gabinete de Estratégia e Planeamento (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados* (1ª ed.). Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Acedido em [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf).
- Rondini, C. A., Justo, J. S., Filho, F. S. T., Lucca, J. A. C. & Oliveira, P. A. (2011). Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos de Assis, São Paulo. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 796-820.
- Santos, C. A. M. (2001). *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados: O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional*. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12011/1/Tese%20Final%202011%20Carla%20Santos.pdf>.
- Saraiva, D. M. F. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia. Acedido em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE\\_MISIE\\_SET2011.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf).
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

- Seina, M. D. & Lenardt, M. H. (2011). A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Revista Textos & Contextos*, 10(2), 388-398.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lousã: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família* (2ª ed.). Porto: AMBAR.
- Sousa, P. A. F. (2009). O Sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(70), 884-994.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Triola, M. F. (1999). *Introdução à estatística* (7ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI.
- Veríssimo, C. M. F. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing*, 15(187), 20-24.
- Vicente, A. (2002). *Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.



## **Anexos**



**Anexo I – Instrumento de Colheita de dados**





MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

Escola Superior de Saúde de Viseu

**Unidade Científico Pedagógica:** Enfermagem de Reabilitação

**Investigador Principal:** Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

**Investigador Colaborador:** Ana Catarina Silva de Almeida

**Curso:** Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SOBRECARGA E DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL

### ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Caro(a) Cuidador Principal

Com o presente estudo pretendemos conhecer qual impacto físico, emocional e social da pessoa que desempenha o papel de cuidador informal;

As questões que compõem este instrumento de colheita de dados deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que responda de acordo com a sua opinião;

As suas respostas serão lidas apenas, pela equipa que realiza este estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é totalmente anónima e confidencial.

Face a este enquadramento, apelamos à sua participação voluntária, salientamos que o seu contributo, é imprescindível para o êxito do mesmo, que pensamos ser também do seu interesse.

Viseu, Outubro de 2014

Desde já gratos pela sua colaboração

Atenciosamente,

Pela Equipa de Investigação

**PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE**

**1 Sexo:** 1  Masculino

2  Feminino

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

**3 Estado civil:** 1  Solteiro/a

2  Casado/a

3  Viúvo/a

4  Divorciado/a

5  Outro

\_\_\_\_\_

**4 Escolaridade:**

1  Sem escolaridade

2  Sabe ler e escrever

3  1º ciclo de ensino básico (4ª classe)

4  2º ciclo do ensino básico (6º ano)

5  3º ciclo do ensino básico (9º ano)

6  Ensino secundário (12º ano)

7  Ensino superior

8  Outro. Qual

\_\_\_\_\_

**5 Profissão:** \_\_\_\_\_

**6 Rendimento Mensal Atual**

1  Menos de

500 Euros mensais líquidos

2  De 500 Euros

a 1000 Euros

3  Superior a 1000 Euros mensais líquidos

**6.1 Como considera os seus rendimentos face às suas despesas?**

1  Suficiente

2  Insuficiente

**7 Situação patológica causadora da dependência, enquadra-se no:**

1  Sistema tegumentar

2  Sistema esquelético

3  Sistema muscular

4  Sistema nervoso

5  Sistema endócrino

6  Sistema cardiovascular

7  Sistema linfático

8  Sistema respiratório

9  Sistema digestivo

10  Sistema urinário

11  Sistema reprodutor

12  Outros. Qual

\_\_\_\_\_

**7.1 Antecedentes pessoais:**

1  Dislipidemia

2  HTA

3  AVC

4  Tabagismo

5  Alcoolismo

6  Diabetes Mellitus

7  Obesidade

8  Traumatismo Craniano

9  Patologia Psiquiátrica

10  Outros. Qual

\_\_\_\_\_

**7.2 Há quanto tempo é portador de dependência:**

1  Menos de 1 ano

2  1 a 2 anos

3  2 a 3 anos

4  3 a 4 anos

5  4 a 5 anos

6  Mais de 5 anos

**8 ÍNDICE DE BARTHEL - CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD's) (Sequeira, 2007)**

No quadro seguinte estão descritas algumas atividades em que a pessoa dependente poderá sentir dificuldade em realizar. Coloque o sinal **X** no espaço que melhor se adequar na sua opinião.

ABVD's	DEPENDÊNCIA	X
Alimentação	10 - Independente (Capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)	
	5 - Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	
	0 - Dependente	
Vestir	10 - Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	
	5 - Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	
	0 - Dependente	
Banho	5 - Independente (Toma Banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	
	0 - Dependente	

<b>Higiene corporal</b>	5 - Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	
	0 – Dependente	
<b>Uso da casa de banho</b>	10 - Independente (Usa sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	
	5 - Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	
	0 – Dependente	
<b>Controlo intestinal</b>	10 - Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas e clisteres fá los sozinho)	
	5 - Incontinência involuntária ocasional (Incontinência ocasional e necessita de ajuda para enemas/clisteres)	
	0 - Incontinente fecal	
<b>Controlo vesical</b>	10 - Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho)	
	5 - Incontinência urinária ocasional (E necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	
	0 - Incontinente ou algaliado	
<b>Subir escadas</b>	10 - Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	
	5 - Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	
	0 – Dependente	
<b>Transferência da cadeira - cama</b>	15 - Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho)	
	10 - Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)	
	5 - Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	
	0 – Dependente	
<b>Deambulação</b>	15 - Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	
	10 - Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	
	5 - Independente com cadeira de rodas (Anda pelo menos 50 metros)	
	0 – Dependente	

**9 Tipo de dependência (segundo Índice de Barthel):**

- 0 a 20 - dependente total                       21 a 60 - grave dependência  
 61 a 90 - moderadamente dependente       91 a 99 - leve dependência  
 100 - totalmente independente

**PARTE II - CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL**

**1 Sexo:**  Masculino                       Feminino

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

**3 Estado civil:**  Solteiro/a               Casado/a               Viúvo/a

Divorciado/a     Outro \_\_\_\_\_

**4 Escolaridade:**

Sem escolaridade

Sabe ler e escrever

1º ciclo de ensino básico (4ª classe)

2º ciclo do ensino básico (6º ano)

3º ciclo do ensino básico (9º ano)

Ensino secundário (12º ano)

Ensino superior

Outro. Qual \_\_\_\_\_

**5. Residência**

Aldeia

Vila

Cidade

**6 Profissão:** \_\_\_\_\_

**6.1 Situação profissional/ocupação:**

- 1 Empregado                      2 Desempregado                      3 Doméstico  
 4 Estudante                      5 Reformado                      6 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**6.2 Rendimento Mensal Atual:**

- 1 Menos de 500 Euros mensais líquidos                      2 De 500 Euros a 1000 Euros  
 3 Superior a 1000 Euros mensais líquidos

**7 Em geral diria que o seu estado de saúde é:**

- 1 Muito boa                      2 Boa    3 Fraca                      4 Muito fraca

**PARTE III – CARACTERIZAÇÃO CIRCUNSTÂNCIAL**

**1 Relação de parentesco com a pessoa dependente:**

- 1 Cônjuge                      2 Filho/Filha                      3 Irmã    4 Nora/Genro  
 5 Neta                      6 Outro. Qual \_\_\_\_\_

**2 Existe mais alguém de quem tem de cuidar?**

- 1 Sim    2 Não    3 Se respondeu sim, indique quem? \_\_\_\_\_

**3 Indique a razão pela qual é o principal cuidador informal:**

- 1 Por iniciativa própria                      2 Por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel  
 3 Por decisão familiar                      4 Por solicitação da pessoa dependente  
 5 Outro. Qual \_\_\_\_\_

**4 Há quanto tempo presta cuidados?**

- 1 menos de 6 meses    2 6 meses a 1 ano    3 1 a 2 anos    4 2 a 4 anos  
 5 Mais de 4 anos

**5 Quanto tempo passa junto da pessoa que cuida?**

- 1 Contactos pontuais    2 Menos 6 horas                      3 6 a 12 horas  
 4 12 a 18 horas                      5 18 a 24 horas                      6 Outro. Qual \_\_\_\_\_

**6 Tem ajuda de mais alguém para cuidar desta pessoa?**

- 1 Sim    2 Não    3 Se respondeu sim, indique quem? \_\_\_\_\_

**7 Utiliza algum serviço formal de apoio social?**

- 1 Sim    2 Não    3 Se respondeu sim, indique qual? \_\_\_\_\_

**8 Tem pessoas com quem pode contar, para cuidar da pessoa dependente de si, quando tem que sair por algum tempo?**

- 1 Sim    2 Não    3 Se respondeu sim, indique quem? \_\_\_\_\_

**9 Tem pessoas a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira?**

- 1 Sim    2 Não

**10 A pessoa dependente mora com quem?**

- 1 Sozinho                      2 Com a esposa                      3 Com o cuidador Informal  
 4 Outro. Qual \_\_\_\_\_

**11 A pessoa dependente mora onde?**

- 1 Habitação própria                      2 Habitação do cuidador Informal  
 3 Outro. Qual \_\_\_\_\_

**12 Características da habitação onde a pessoa dependente mora:**

- 1 Moradia                      2 Apartamento



sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8- Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9- Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.					
10- Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou outra situação de emergência.					
11- Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.					
12- Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.					
13- Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por ex.: comida, tomar conta do correio, etc.).					
14- Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão".					
15- Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer.					
16- Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude.					

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)** (Martins, Ribeiro & Garrett 2003)

No quadro seguinte apresenta-se uma série de situações que o cuidador informal considera como pertinentes ou mais frequentes. Por favor indique, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião, tendo em conta a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>Sobrecarga emocional</b>					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?					
4. Entra em conflito consigo própria(o) por estar a tomar conta do seu familiar?					
<b>Implicações na vida pessoal</b>					

5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?					
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?					
<b>Sobrecarga financeira</b>					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
<b>Reações a exigências</b>					
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?					
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?					
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?					
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?					
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
<b>Mecanismo de eficácia e de controlo</b>					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
<b>Suporte familiar</b>					
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?					

<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>					
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

### ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI) (Sequeira, 2007)

No quadro seguinte expõe-se uma lista de situações que permitem identificar o tipo de dificuldades mais frequentemente sentidas aquando da prestação de cuidados a pessoas dependentes, bem como a forma como os cuidadores informais experimentam essas dificuldades. Por favor assinale a situação, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião sobre aquilo que sucede consigo.

	Acontece no meu caso			Não acontece no meu caso
	Perturba-me muito	Causa-me alguma perturbação	Não me perturba	
1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio.				
2. Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação.				
3. Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família.				
4. Esta situação traz-me problemas de dinheiro.				
5. A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim.				
6. A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar.				
7. Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.				
8. Cuidar desta pessoa afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto.				
9. Chega a transtornar as minhas relações familiares.				
10. Deixa-me muito cansada(o) fisicamente.				
11. Por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim.				
12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.				

13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais.				
14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia.				
15. Ando a dormir pior por causa desta situação.				
16. As pessoas da família não dão tanta atenção quanto eu gostaria.				
17. Esta situação faz-me sentir irritado.				
18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria.				
19. Esta situação está a transtornar-me os nervos.				
20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.				
21. A qualidade da minha vida piorou.				
22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço.				
23. A minha saúde ficou abalada.				
24. A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).				
25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa problema.				
26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.				
27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.				
28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.				
29. Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar.				
30. Esta situação faz-me sentir culpado.				

Muito obrigada pela sua colaboração.




**Anexo II – Autorização para Aplicação do Instrumento de Colheita de dados**



Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para | Categorias |

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu

 Maria Jose Hespanha (hespanha@arscentro.min-saude.pt) Adicionar aos contactos 16-02-2015  
Para: Catarina Almeida Cc: ecrcentro

Exm<sup>a</sup> Senhora

Enf. Catarina Almeida

Tendo em consideração a pertinência do trabalho que se propõe realizar que, com certeza, irá contribuir para a análise e reflexão sobre as necessidades dos doentes dependentes e dos seus familiares, assim como, a sua declaração comprometendo-se “a respeitar a integridade científica na recolha de dados e na elaboração do trabalho, bem como o compromisso de obter o consentimento informado dos participantes/sujeitos a incluir e a salvaguardar a anonimização e a confidencialidade dos dados colhidos”, somos a comunicar a **nossa autorização para a realização dos questionários na forma prevista.**

Temos todo o interesse no tema, pelo que, solicitamos que **nos seja disponibilizado o relatório final do trabalho.**

Cordialmente

A Coordenadora da ECR

Maria José Hespanha

\*Enviado via e-mail



**Anexo III – Consentimento Informado**





MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

### **Declaração de Consentimento**

**Designação do Estudo:** “Avaliação do Nível de Sobrecarga e Dificuldades do cuidador informal”

Eu, abaixo – assinado \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo “Avaliação do impacto físico, emocional e social da pessoa que desempenha o papel de cuidador informal”, sobre os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo, a garantia da confidencialidade, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias. Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação, pelo que me posso negar a responder às questões que me são feitas no estudo.

Por isso, consinto em participar no estudo que me está a ser proposto, respondendo às questões que me são colocadas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_