



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**SOBRECARGA DO CUIDADOR  
INFORMAL DA PESSOA  
DEPENDENTE NO AUTOUIDADO**

Catarina Isabel Pedrosa Lopes Rico

Leiria, março de 2019



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

5º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**SOBRECARGA DO CUIDADOR  
INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE  
NO AUTOUIDADO QUE PROCURA O  
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Catarina Isabel Pedrosa Lopes Rico, N° 5160015

**Unidade Curricular:** Dissertação

**Professor Orientador:** Prof. Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, março de 2019

*“Porque eu sou do tamanho do que vejo*

*E não do tamanho da minha altura...”*

Alberto Caeiro, in “O Guardador de Rebanhos – Poema VII”,

Heterónimo de Fernando Pessoa

*Aos meus pais e à minha filha, por tudo o que me dão todos os dias...*

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que me apoiaram e colaboraram na concretização desta dissertação:

Ao Professor Doutor José Carlos Quaresma, orientador desta dissertação, pelo apoio e partilha de conhecimentos, pela competência, disponibilidade, simpatia, compreensão e sugestões sempre pertinentes.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pelo saber e motivação de forma indireta e direta para a consecução deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar de Leiria, pela viabilização do estudo através do parecer favorável.

Ao Senhor Enfermeiro Chefe Paulo Lopes, pela disponibilidade, apoio e incentivo constantes.

A todos os colegas enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, por serem heróis sem capa, pela motivação e contribuição na identificação dos cuidadores para a realização das entrevistas.

A todos os cuidadores informais que aceitaram participar neste estudo. Sem eles, esta dissertação não seria possível.

Aos meus colegas de curso, em especial à Alexandra, à Cristina, à Elsa e à Tânia e pela partilha, amizade, motivação e ajuda nos momentos mais difíceis.

À Cátia Remígio pelo incentivo, amizade e apoio nas horas de maior aperto informático.

À Filipa, ao Luís e à Susana pelo apoio incondicional, incentivo, otimismo, motivação, e infinita amizade.

Aos meus pais e irmão pelo constante incentivo, carinho, amor e apoio nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido, por ser a pessoa especial que é, pelo apoio em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional, por ser o meu porto seguro, o amor da minha vida.

E, por fim, mas não menos importante, à minha filha, que me serviu de inspiração para a realização deste trabalho, apesar de todo o tempo que não lhe dediquei, sempre me presenteou com o seu olhar e sorriso luminosos, carinho e brincadeiras, fazendo-me ver que tudo na vida vale a pena.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

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

AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividades da Vida Diária

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
1.2. AUTONOMIA, INDEPENDÊNCIA, DEPENDÊNCIA E AUTOCUIDADO .....	17
1.2 O PROCESSO DE CUIDAR .....	24
1.3 PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL.....	25
1.4 SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL .....	33
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES .....	39
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	42
2.3 INSTRUMENTOS .....	43
2.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	48
2.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	48
<b>3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO .....	50
3.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR DO CUIDADOR INFORMAL.....	52
3.3 NÍVEL DE SOBRECARGA DA AMOSTRA .....	56
3.4 HIPÓTESES EM ESTUDO .....	57
<b>4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>77</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	

ANEXO I – Formulário de colheita de informação: avaliação da pessoa dependente no autocuidado; avaliação sociodemográfica, profissional e familiar do CI; avaliação da auto percepção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado; informações recebidas sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos e quem lhes forneceu essa informação; avaliação da sobrecarga do CI; Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit

ANEXO II – Autorização e aprovação da Comissão de Ética do CHL

ANEXO III – Autorização e aprovação do Conselho de Administração do CHL

ANEXO IV – Autorização e aprovação da Diretora do SUG

ANEXO V – Autorização e aprovação do Enfermeiro Chefe do SUG

ANEXO VI – Consentimento informado livre e esclarecido do CI para participação em investigação

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado .....	44
<b>Quadro 2:</b> Operacionalização das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica, profissional e familiar do CI.....	44
<b>Quadro 3:</b> Operacionalização das variáveis relativas à auto percepção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.....	45
<b>Quadro 4:</b> Operacionalização das variáveis relativas ao grau de informações recebidas pelo CI sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos existentes. ....	46
<b>Quadro 5:</b> Operacionalização das variáveis relativas a quem forneceu informações sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos existentes. ....	46

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização da pessoa dependente quanto à idade. ....	50
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da pessoa dependente por sexo. ....	50
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da pessoa dependente quanto à causa de ida ao SUG. ....	50
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da pessoa dependente quanto aos dias de permanência no SUG, à data da entrevista. ....	51
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da pessoa dependente quanto à dependência prévia. ....	51
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das pessoas dependentes quanto à dependência nos autocuidados, na perspectiva do CI. ....	51
<b>Tabela 7</b> - Caracterização da pessoa dependente quanto ao tempo de dependência em anos. ....	52
<b>Tabela 8</b> - Caracterização da amostra quanto à idade. ....	52
<b>Tabela 9</b> - Distribuição da amostra por sexo. ....	52
<b>Tabela 10</b> - Distribuição da amostra quanto ao grau de parentesco com a pessoa dependente. ....	52
<b>Tabela 11</b> - Distribuição da amostra quanto às habilitações literárias. ....	53
<b>Tabela 12</b> - Distribuição da amostra quanto à situação profissional. ....	53
<b>Tabela 13</b> - Distribuição da amostra quanto à existência de ajudar para cuidar da pessoa dependente. ....	53
<b>Tabela 14</b> - Distribuição da amostra quanto à coabitação com a pessoa dependente. ....	54
<b>Tabela 15</b> - Distribuição da amostra quanto ao cuidado prévio da pessoa dependente. ....	54
<b>Tabela 16</b> - Caracterização da amostra quanto às horas semanais necessárias para cuidar da pessoa dependente. ....	54
<b>Tabela 17</b> - Distribuição da amostra quanto à sua percepção sobre o grau de dependência da pessoa dependente por autocuidado. ....	55
<b>Tabela 18</b> - Distribuição das respostas da amostra quanto às informações recebidas sobre a doença, autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos. ....	55
<b>Tabela 19</b> - Distribuição das respostas da amostra sobre quem forneceu as informações relativas à doença, autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos. ....	56
<b>Tabela 20</b> - Distribuição da amostra quanto ao nível de sobrecarga. ....	57
<b>Tabela 21</b> - Caracterização da amostra quanto ao seu nível de sobrecarga. ....	57
<b>Tabela 22</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função do sexo (n=93). ....	58

<b>Tabela 23</b> - Correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a idade. ....	59
<b>Tabela 24</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função do grau de parentesco com a pessoa dependente (n=91).....	60
<b>Tabela 25</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função das habilitações literárias (n=92). ....	61
<b>Tabela 26</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da situação profissional (n=93). ....	62
<b>Tabela 27</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da existência de ajuda para cuidar (n=93). ....	63
<b>Tabela 28</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da coabitação com a pessoa dependente (n=93). ....	64
<b>Tabela 29</b> - Correlação entre sobrecarga do CI, e suas dimensões, e média de horas semanais para cuidar. ....	66
<b>Tabela 30</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária (n=93). ....	68
<b>Tabela 31</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto (n=93). ....	69
<b>Tabela 32</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade (n=93). ....	70
<b>Tabela 33</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências (n=93). ....	71
<b>Tabela 34</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir (n=93). ....	73
<b>Tabela 35</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação (n=93). ....	74
<b>Tabela 36</b> - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado comunicação (n=93). ....	75

## RESUMO

**Introdução:** Numa sociedade marcada pelo aumento do envelhecimento, associado ao aumento das doenças crônicas e incapacitante, assiste-se ao crescimento do número de pessoas dependentes que necessitam de ajuda nas atividades da vida diária, requerendo assim a presença de um Cuidador Informal (CI). Contudo, o CI ao assumir a responsabilidade de cuidar, para responder às várias solicitações, desencadeia na sua vida uma série de mudanças aos vários níveis, podendo levar à situação de sobrecarga. É por isso é fundamental que os enfermeiros privilegiem o apoio que lhes é prestado, quer em termos de informação e ensino, quer na construção de competências para que o cuidador preste bons cuidados e com satisfação no exercício do seu papel.

**Metodologia:** O presente trabalho apresenta os resultados de um estudo correlacional que teve por objetivo estudar a sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado que procura o Serviço de Urgência (SU). Os dados foram recolhidos através da realização de uma entrevista estruturada, utilizando um formulário como guia orientador, ao CI da pessoa dependente no autocuidado, que procurou o SU durante o mês de fevereiro de 2019, após o devido parecer favorável da Comissão de Ética e da Instituição onde os dados foram colhidos.

**Resultados:** Os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit revelam que 62,4% dos cuidadores apresentam uma sobrecarga intensa, sendo esta influenciada apenas pelo grau de dependência da pessoa dependente em alguns autocuidados, não se tendo verificado a influência de outros fatores.

**Conclusão:** Este estudo revela a necessidade dos enfermeiros direcionarem a sua atenção para a promoção, manutenção e recuperação das capacidades e potencialidades existentes nos cuidadores informais através de programas de capacitação e educação para a saúde para que estes prestem cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades específicas da pessoa dependente.

**PALAVRAS-CHAVE:** sobrecarga; cuidador informal; pessoa dependente; autocuidado.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In a society marked by the increase of aging, associated with the increase of chronic and incapacitating diseases, there is a growing number of dependent people who need help in the activities of daily living, thus requiring the presence of an Informal Caregiver (CI). However, the IC, when assuming the responsibility of caring, to respond to the various requests, triggers in its life a series of changes at the various levels, which can lead to the situation of overload. That is why it is fundamental that nurses privilege the support given to them, both in terms of information and education, and in the construction of competencies for the caregiver to pay good care and satisfaction in the exercise of their role.

**Methodology:** The present study presents the results of a correlational study that had the objective of studying the overload of the dependent person 's IC in the self - care that the Emergency Department (ED) seeks. The data were collected through a structured interview, using a form as guiding guide, to the CI of the self-care dependent person, who sought the ED during the month of February 2019, after the favorable opinion of the Ethics Committee and the Institution where data was collected.

**Results:** The results obtained through the application of the Zarit Caregiver Overload Scale show that 62.4% of the caregivers present an intense overload, which is influenced only by the degree of dependence of the dependent person on some self-care, not having been verified the influence of others factors.

**Conclusion:** This study reveals the need for nurses to direct their attention to the promotion, maintenance and recovery of capacities and potentialities of informal caregivers through health education and training programs so that they provide quality care, meeting the specific needs of the dependent person.

**KEY-WORDS:** Overload; Informal Caregiver; Dependent Person; Self-care.

## INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população, associado ao aumento das doenças crónicas, degenerativas ou incapacitantes, traduziu-se no incremento do número de pessoas dependentes que necessitam de ajuda ou supervisão nas atividades da vida diária (AVD), requerendo assim a presença de um cuidador (Isabel & Garcia, 2009). Segundo Cachada (2014, p. 3), “Os familiares, particularmente os descendentes diretos, têm-se assumido como os principais cuidadores informais, assegurando os cuidados necessários à manutenção da qualidade vida (...)”. Este aspeto é corroborado pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS) que, no seu relatório de atividades de 2015, refere que Portugal é o país da Europa com maior taxa de cuidados domiciliários informais (12,4%), os quais são prestados por uma pessoa que coabita com a pessoa dependente (ERS, 2016).

A transição para o papel de cuidador nem sempre é fácil, podendo daí resultar sérias consequências nos diferentes domínios da vida do CI. Neste sentido, Souza & Rua (2013, p.11) apontam para “(...) repercussões graves nos domínios pessoais, psíquicos, físicos, sociais e económicos dos cuidadores informais”. Na mesma perspetiva, Pereira (2013) sublinha a complexidade do papel do CI e as implicações pessoais, sociais e laborais que advêm na representação desse mesmo papel.

A evidência científica aponta para um aumento na procura e utilização dos serviços hospitalares por parte das pessoas dependentes. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) publicou um relatório em 2015 onde refere que as crianças e os idosos recorrem ao SU com maior frequência (Berchet, 2015). Também Pereira (2017, p.39), refere que a probabilidade de um utente utilizar frequentemente um SU é maior para “(...) indivíduos com mais de 80 anos, utentes isentos de taxas moderadoras, portadores de uma ou mais doenças ou utentes que têm simultaneamente mais de 80 anos e qualquer um dos problemas de saúde considerados”. De acordo com Leung et al. (2004) esta situação pode ser explicada, quer pela falta de acesso e resposta das redes sociais de apoio, quer pela falta de conhecimento de como alcançar estes mesmos serviços. Como atualmente exerço a minha atividade profissional num SU, posso comprovar a realidade atrás descrita, dando conta que, de dia para dia, o número de casos de pessoas dependentes que procuram o SU continua a crescer, pelo que a escolha deste tema se torna muito pertinente.

Tendo por base o exposto e, no âmbito da Unidade Curricular Dissertação, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), optámos por realizar um trabalho que nos permita estudar a sobrecarga do CI como prestador de cuidados da pessoa dependente no autocuidado. Consideramos que é um tema que foca uma problemática atual na prática de enfermagem, que necessita de um maior esclarecimento sobre o papel de alguns determinantes sobre esta problemática, o que por si só justifica a realização deste trabalho de investigação.

Para Polit, Beck & Hungler (2004), a investigação em enfermagem constitui um dos principais impulsionadores para o crescimento e maturação deste ramo do saber dentro e fora do meio académico. Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, p.103), evidencia a investigação como algo necessário ao progresso da enfermagem onde “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”.

A investigação científica permite-nos resolver problemas relacionados com o conhecimento dos fenómenos do mundo em que vivemos, assumindo-se como um método de aquisição de conhecimentos, e uma forma sistemática de alcançar respostas

Fica evidente a importância de desenvolver estudos de investigação em Enfermagem elevando os conhecimentos, permitindo otimizar os cuidados à pessoa e reforçando o papel formativo que deve assumir no seio da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, o trabalho teve como objetivo geral estudar a sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado que procura o SU.

Mais especificamente, pretende-se com este estudo:

- Descrever as características sociodemográficas da pessoa dependente no autocuidado;
- Descrever as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI da pessoa dependente no autocuidado;
- Avaliar o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado percebida pelo CI;

- Avaliar o grau de informações recebidas pelo CI, sobre o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos, bem como, o tipo de profissionais de saúde que as prestou;
- Avaliar o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado;
- Estudar a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI;
- Estudar a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.

Importa ainda sublinhar que este estudo se insere no projeto interdisciplinar Help2Care, o qual se assume como um projeto que pretende desenvolver um modelo colaborativo de capacitação dos cuidadores informais para cuidar da pessoa dependente do autocuidado e capacitar os profissionais de saúde para a sua utilização. Este projeto faz parte de um trabalho de investigação desenvolvido por vários investigadores da Escola ESS, do IPL, contando atualmente com três parceiros institucionais: Instituto Politécnico de Santarém, Instituto Politécnico de Castelo Branco e o Centro Hospitalar de Leiria.

Realizamos então um estudo não experimental, transversal, descritivo e correlacional, recorrendo ao tratamento quantitativo dos dados. Consideramos a nossa amostra como não probabilística e intencional. Definiram-se como critérios de inclusão: CI com idade igual ou superior a 18 anos, ser previamente CI, ser responsável por uma pessoa dependente em pelo menos uma dependência num determinado autocuidado e ter acompanhado a pessoa dependente no autocuidado ao SUG do CHL, durante o mês de fevereiro de 2019, nos dias e turnos em que o investigador se encontrava no SUG para a recolha de dados.

A colheita de dados foi realizada através da realização de uma entrevista estruturada ao CI da pessoa dependente no autocuidado, constituída por duas partes: na primeira parte caracterizámos a pessoa dependente e o CI, este último relativamente aos dados sociodemográficos, profissionais e familiares, avaliámos a auto percepção do CI sobre o grau de dependência nos autocuidados da pessoa de quem cuida, as informações recebidas sobre autocuidados, equipamentos, apoios comunitários e sociais e quem lhes

prestou essa informação; e na segunda parte aplicámos a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Esta dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. A seguir a esta breve introdução, encontra-se o primeiro capítulo onde está inserido o enquadramento teórico que, construído através da elaboração de uma pesquisa bibliográfica, servirá de contextualização teórica ao tema em estudo. Freixo (2012) relata que a revisão da literatura consiste na elaboração de um texto que reúne diferentes contributos de diferentes autores sobre a temática em estudo, onde se estabelece ligação entre eles, expondo a problemática comum. Este mesmo autor refere ainda que a revisão da literatura permite determinar o nível dos conhecimentos existente até ao momento sobre a temática em estudo, permitindo igualmente encontrar as teorias que servirão de base ao estudo a efetuar. O segundo capítulo desta dissertação aborda a metodologia utilizada, onde estará espelhado todo o desenho desta investigação: questões de investigação, objetivos e hipótese, a população e a amostra, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico. No terceiro capítulo encontra-se a apresentação dos resultados obtidos, seguindo-se o quarto capítulo onde se encontra a discussão reflexiva dos resultados, salientando os aspetos mais relevantes, comparando-os com a literatura existente. Por fim, apresenta-se o quinto capítulo que corresponde à conclusão, seguida da bibliografia consultada e utilizada ao longo do trabalho.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procura-se realizar uma contextualização teórica do tema em estudo, baseada na pesquisa bibliográfica de estudos já existentes que estão relacionados com o objetivo desta investigação, permitindo uma ligação entre esta nova investigação e o conhecimento já existente. Assim, neste capítulo serão abordados alguns conceitos, como a autonomia, independência, dependência e autocuidado; em seguida será feita a explicitação do processo do cuidar; abordado o perfil do CI e no final será explorada a temática da exaustão do CI.

### 1.2. AUTONOMIA, INDEPENDÊNCIA, DEPENDÊNCIA E AUTOCUIDADO

Todos nós sentimos a necessidade de controlar todas as situações da nossa vida, principalmente as que afetam o nosso bem-estar. Durante todo o nosso percurso de vida, desde a infância até a velhice, estão presentes o exercício da autonomia, a condição de dependência e autocuidado.

Segundo Karsch (2003), o aumento do número de pessoas dependentes está relacionado com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas. Se estas doenças não forem tratadas de forma adequada, haverá um risco acrescido no aparecimento de complicações e sequelas, podendo comprometer a independência e autonomia das pessoas.

O termo autonomia deriva do grego *autonomos* que significa “de si mesmo, lei e ordem”, ou seja, uma pessoa com autonomia é alguém que decide, que determina ela mesma a lei e a ordem para cada circunstância (Dicionário da Língua Portuguesa, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) descreve autonomia como a capacidade para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre o quotidiano, de acordo com as próprias regras e preferências. Ou seja, a autonomia é “(...) a capacidade de cada um cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações” (Sequeira, 2018, p.3). Para Pavarini & Neri (2005, p.62) autonomia é “a liberdade para agir e tomar decisões”. Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004, p.49) acrescentam que é “um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas”. A autonomia e independência são dois conceitos que aparecem muitas vezes associados entre si mas não apresentam o mesmo significado. Ou seja, enquanto que a autonomia está relacionada com a

capacidade da pessoa em tomar decisões, a independência relaciona-se com a capacidade da pessoa em executar as suas AVD e de se auto cuidar (Sequeira, 2018). A OMS (2002) também entende que a independência é a capacidade para realizar atividades relacionadas com a vida diária. Igualmente Pavarini & Neri (2005) sublinham que a independência está relacionada com a capacidade da pessoa em efetuar sozinho as suas AVD. Na mesma perspetiva, Sousa et al. (2004, p.49) também defendem que a independência é “a condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades”.

A autonomia e a independência são consideradas por Paschoal (2000) como dois bons indicadores de saúde, principalmente na população mais idosa, sendo que quando presentes no autocuidado, podem ser consideradas como um ganho em saúde ao nível individual. De acordo com Direção Geral de Saúde (DGS) (2002), o conceito ganho em saúde, tende a ser adotado como objetivo primordial na melhoria das condições de vida da pessoa e/ou da população, podendo traduzir-se em anos de vida, redução de episódios de doença e diminuição das situações de incapacidade, por exemplo.

A dependência pode ser o reflexo de uma perda das funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou pela presença de uma ou varias doenças crónicas. O conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades básicas, implicando assim a necessidade de apoio de outras pessoas para a realização das AVD (Sequeira, 2018). O mesmo autor acrescenta que a dependência resulta do aparecimento de um défice, o qual poderá ter a sua origem numa doença ou acidente, originando uma limitação na atividade da pessoa em termos funcionais. Para Ávila (2004) a dependência está relacionada com as limitações que surgem a partir dos 65 anos e que afetam a pessoa, consoante o género, cultura e situação social. Na mesma perspetiva, Paschoal (2000) referem que os idosos são mais dependentes que os jovens devido às mudanças inerentes do avançar da idade, juntamente com o predomínio de doenças crónicas, que levam à perda de autonomia.

Contrariamente aos autores anteriores, Paschoal (2000) refere que a dependência está presente no decorrer da vida e que esta agrava com o avançar dos anos, não sendo exclusiva da velhice. Alguns estudos descritos por Pavarini & Neri (2005), os quais foram realizados em diversos países, demonstram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência,

contrariando os 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. Os mesmos autores acrescentam ainda que 13% dos que apresentam entre 65 e 74 anos, e 25% dos que se encontram na faixa etária entre os 75 e os 84 anos, apresentam incapacidade moderada e que em pessoas com idade acima dos 85 anos, a incapacidade é quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para 46% os indivíduos com incapacidade moderada. Vários autores, onde se destacam Amaral & Vicente (2000), estão de acordo ao afirmarem que a grande maioria dos idosos dependentes é constituída por mulheres.

No seu estudo, Stanhope & Lancaster (1999) referem que as doenças crónicas, como os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) e a Doença de Parkinson, têm influência direta na capacidade da pessoa em satisfazer as suas AVD, destacando a necessidade de fazer uma avaliação das limitações funcionais e incapacidade temporária ou definitiva, provocados pelo impacto no sofrimento e incapacidade causados.

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

Sem dúvida que as doenças crónicas e o envelhecimento originam diminuição das capacidades das pessoas, afetando a sua autonomia, o que origina um maior número de indivíduos que necessitam de apoio de terceiros para o autocuidado.

Dorothea Orem definiu o autocuidado através da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. A autora considera esta teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Orem, 2001).

Orem (2001), descreve o autocuidado como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza para manter a sua própria vida, saúde e bem-estar. A mesma autora

afirma que o autocuidado não é uma prática inata, mas sim adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais. Na sua teoria, Orem (2001) refere que o autocuidado é representado por três conceitos distintos, mas relacionados entre si: o agente de autocuidado, que é qualquer pessoa que cumpre com a responsabilidade de conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado; o agente de autocuidado ao dependente, que se refere à pessoa externa que aceita proporcionar o cuidado a outra pessoa, remetendo-nos para o prestador de cuidados; e o agente de autocuidado terapêutico, sendo o prestador de cuidados um profissional de saúde.

Para Orem (2001), as atividades do autocuidado são influenciadas pelas crenças culturais, hábitos/costumes, idade, sexo, estágio de desenvolvimento, condição de saúde e pelos fatores ambientais. Também Leite & Faro (2005) acrescentam que a capacidade do indivíduo para o autocuidado é condicionada pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis.

Orem (2001), refere ainda que a capacidade da pessoa para o autocuidado pode ser condicionada por vários domínios: o domínio cognitivo que se prende com o conhecimento das condições de saúde e com a capacidade de tomada de decisão; o domínio físico referente à capacidade física de realizar as ações de autocuidado; o domínio comportamental que integra as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado; e o domínio emocional que diz respeito aos valores, atitudes, motivação e competência visível para a execução das ações de autocuidado. Tendo como objetivo a promoção de condições necessárias para a vida e crescimento, a mesma autora, relaciona as atividades do autocuidado com três requisitos:

- **Universais:** são comuns a todas as pessoas ao longo do processo da vida: respirar, beber, comer, eliminar, equilíbrio entre repouso e atividade, prevenção de perigos, promoção do funcionamento e desenvolvimento da interação com grupos sociais, sendo também definidos como necessidades básicas, as atividades de vida diárias;
- **De desenvolvimento:** estão associados às etapas do ciclo de vida que requerem a reflexão e a introspeção do eu, promoção da saúde mental positiva e o empenhamento no trabalho, garantindo o crescimento e desenvolvimento normal da pessoa;

- **De desvio de saúde:** está relacionado com os processos patológicos, de doença ou de lesão, podendo ser subsequentes a intervenções médicas e de diagnóstico, que leva a uma procura de cuidados de saúde necessários, participação no tratamento e vivência da doença.

Na teoria do défice de autocuidado, Orem (2001) afirma que, não só a pessoa tem limitações que a torna incapaz de reconhecer a condição necessária para o seu autocuidado, como igualmente, o mesmo pode acontecer para os cuidados das pessoas que dependem dela, podendo a comunidade oferecer serviços para ajudar as pessoas dependentes.

Bub et al. (2006) definem autocuidado como a prática de atividades, iniciadas e executadas pela pessoa, em benefício próprio, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Na perspetiva de Carpenito-Moyet (1998) o autocuidado engloba as atividades exigidas à satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas AVD, as quais são aprendidas ao longo do tempo e que se tornam hábitos, que duram para toda a vida. Também Costa & Monego (2003) referem que as atividades para o autocuidado, estão associadas às AVD, as quais englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio e a incapacidade de executá-las implica um alto grau de dependência. Fazem parte das AVD: os cuidados pessoais (comer, banho, vestir, uso de sanitário); a mobilidade (andar, transferir, mover na cama) e a continência (urinária e intestinal).

Noutra linha de pensamento, Theuerkauf (2000, p.173) refere que o autocuidado “é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”. Desta forma, assume-se que o autocuidado pode ser diferente de pessoa para pessoa, considerando que o importante é que a pessoa se responsabilize por si mesma e o realize corretamente, de acordo com as suas capacidades.

Numa conceptualização atual, e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é uma “atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária“ (CIPE, 2015, p. 41). Esta perspetiva, assumindo que autocuidado é o cuidado prestado pelo indivíduo

a si próprio, acrescenta que o mesmo corresponde não só às AVD, mas também a todas as necessidades de cada pessoa. Desta forma, o autocuidado é concebido como uma prática constante da vida das pessoas.

Segundo Cunha, Cardoso & Oliveira (2005) quando a pessoa por motivos de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, perde a capacidade para se auto cuidar, a enfermagem surge em seu auxílio para restabelecer o equilíbrio presente. Os mesmos autores realçam o papel do enfermeiro de facilitador para a autodeterminação da pessoa relativamente ao autocuidado, conseguindo-o através de diferentes estratégias, que podem incluir a formação e apoio. Na mesma perspetiva, Orem (2001) refere que os enfermeiros são profissionais com capacidades especializadas que permitem proporcionar cuidados que compensam ou ajudam a compensar o défice no autocuidado. A mesma autora acrescenta que o processo de cuidados de enfermagem é um método de determinação das necessidades de autocuidado e posterior definição dos papéis da pessoa e do enfermeiro para satisfazer as necessidades de autocuidado, descrevendo três passos fundamentais no processo de cuidados:

- **Diagnóstico e prescrição:** nesta fase o enfermeiro determina as necessidades, ou não, de cuidados de enfermagem, recolhendo informação sobre o estado de saúde da pessoa e estabelecendo metas de saúde dentro do seu contexto de história de vida, autocuidado e capacidade para realizar o autocuidado;
- **Planeamento dos sistemas de enfermagem, das metas e das intervenções:** onde o enfermeiro seleciona e/ou combina formas de ajuda que compensem o autocuidado, através da criação de um sistema que totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação;
- **Produção e execução do sistema de enfermagem:** o enfermeiro presta auxílio à pessoa e/ou família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar ganhos em saúde.

Também Taylor (2004) destaca a importância do papel do enfermeiro, sublinhando que os cuidados de enfermagem emergem quando surge um défice de autocuidado entre as pessoas. No sentido de responder às necessidades de autocuidado da pessoa, Orem (2001) designou três sistemas de enfermagem à luz da Teoria dos Sistemas de Enfermagem, os quais definem o papel dos enfermeiros, dos utentes e dos seus cuidadores, surgindo assim:

- **Sistema Totalmente Compensatório:** quando a pessoa necessita de cuidados totais de enfermagem e é incapaz em colaborar nos seus cuidados de saúde. Nos cuidados domiciliários significa uma pessoa dependente;
- **Sistema Parcialmente Compensatório:** verifica-se quando a pessoa é capaz de realizar algumas atividades de forma autónoma, sendo que o enfermeiro ou cuidador de ajudam naquilo que ele não é capaz de realizar por si só;
- **Sistema de Apoio – Educação:** quando a pessoa tem a capacidade para o autocuidado, mas necessita de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem na realização das ações.

A instalação de um quadro de dependência no autocuidado provoca mudanças significativas na saúde das pessoas, tornando-as mais vulneráveis, pelo que este fenómeno de dependência no autocuidado para a enfermagem é de extrema importância, pelo impacto individual e coletivo que tem na saúde, levando ao desenvolvimento de estratégias e intervenções que possibilitem a superação das necessidades. Uma das estratégias desenvolvidas passa pela capacitação da família para prestar cuidados à pessoa dependente. Sequeira (2018) refere que os cuidadores devem ser objeto de diagnóstico e intervenção pelos enfermeiros, e que estes têm a responsabilidade fundamental ao nível do levantamento das principais dificuldades, capacidade para o desempenho do papel de cuidador, nível de conhecimentos, sobrecarga, satisfação e estratégias de *coping*. Os enfermeiros devem fornecer informação, esclarecimento e educação quanto às técnicas adequadas para a prestação de cuidados, estabelecendo uma relação de confiança com o CI, de modo a que ele esteja suficientemente à vontade para confessar os seus receios e ansiedades, que podem afetar negativamente o seu papel de cuidador (Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado & Martins, 2002). Segundo Lopes (2006), é prioritário que seja feita uma preparação adequada da pessoa que vai assumir o papel de CI, ajudando-o na construção de competências para que preste bons cuidados à pessoa dependente.

Torna-se portanto pertinente sublinhar, a importância do papel do enfermeiro na preparação e capacitação do CI a partir do seu potencial, numa dinâmica promotora de soluções e mudanças, convidando à sua participação na restauração da saúde da pessoa dependente.

## 1.2 O PROCESSO DE CUIDAR

Cuidar é sem dúvida a mais velha prática do mundo, encontrando-se associada à sobrevivência humana, pois desde o momento que se nasce, todo o ser humano é totalmente dependente para sobreviver, necessitando por isso de cuidados. Do latim “*Cogitare*”, cuidar significa pensar, refletir, aplicar a atenção, ter cuidado e tratar. Por sua vez, cuidado que deriva do latim “*Coagitatu*” significa reflexão e pensamento (Dicionário da Língua Portuguesa, 2017).

Pereira (2008) refere que o cuidar assume-se como um fenómeno universal, comum a todas as culturas, no entanto com formas de expressão que diferem de cultura para cultura. É uma atividade complexa com dimensões éticas, psicológicas, sociais e demográficas, o qual consiste em assistir alguém com necessidades. É uma ação que pretende atenuar o que incomoda o indivíduo, dando-lhe proteção (Honoré, 2004). Petit (2004, p.87) descreve cuidar como sendo “uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo”.

Para Collière (2003), cuidar é permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar o dia-a-dia, garantindo a satisfação das suas necessidades indispensáveis à manutenção da vida. A mesma autora refere ainda que cuidar, é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos a autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente necessita de ajuda para satisfazer as suas necessidades vitais. Tradicionalmente, é uma tarefa associada à mulher, assumindo-se como um sinónimo de apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar.

O cuidado encontra-se englobado no cuidar, não devendo por isso confundir-se os dois termos. Segundo Grelha (2009, p.37), cuidado consiste no “ato ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato”; enquanto que cuidar visa promover o bem-estar físico, mental e social da pessoa. Ou seja, o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações da vida.

Collière (2003) define dois tipos de cuidados: os cuidados do dia-a-dia (*care*), que estão ligados às funções de manutenção e de continuidade da vida, são todos aqueles que fazem parte dos hábitos diários como lavar-se, comer, beber, mexer-se, deslocar-se, levantar-se; e os cuidados de reparação (*cure*), que estão ligados à necessidade de

reparar o que constitui obstáculo à vida, assegurando a continuidade da vida quando esta se depara com algum obstáculo, estando relacionado com o tratamento de doenças.

A prestação de cuidados apresenta-se como o ato de fornecer cuidado a alguém. Esta é uma atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, englobando também aspetos clínicos, técnicos e comunitários (Figueiredo, 2007). O mesmo autor refere que o conceito de cuidar é visto pela sociedade como a forma de prestar cuidados, como uma das funções da família, logo prestar cuidados surge como a arte de tomar conta, definindo três dimensões nos cuidados: responsabilidade, pois vai-se tomar conta de alguém; satisfação, pois há o cuidado de responder as necessidades de alguém; e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida.

Segundo Ferreira (2008) existem três níveis de cuidados:

- **Os formais:** são os cuidados desenvolvidos por pessoas com qualificação profissional, que desenvolvem atividades laborais de acordo com as suas competências, podendo ser remunerados ou voluntários, normalmente em instalações sociais ou de saúde (hospitais, lares, instituições comunitárias);
- **Os quase-formais:** são os cuidados ministrados pelos serviços sociais ou por uma organização de voluntários;
- **Os informais:** são os cuidados prestados pela família, sejam eles desenvolvidos pelo cônjuge, pais, filhos, amigos ou vizinhos. Estes são efetuados de forma não antecipada, não remunerada, ocorrendo habitualmente no domicílio da pessoa dependente ou do cuidador, podendo abranger parte ou o total das necessidades da pessoa que os recebe.

Neste sentido, aborda-se, de seguida, o perfil do cuidador informal.

### 1.3 PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL

O cuidador é “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (CIPE, 2015, p.172). Segundo Pereira (2008) o papel de cuidador pode ser assumido por um familiar ou amigo da pessoa dependente, o qual presta a maior parte dos cuidados, sem para isso

receber qualquer remuneração. Na mesma perspetiva, Grelha (2009) refere que o CI é uma pessoa que presta cuidados a outra pessoa, podendo este ser um membro da família ou uma pessoa contratada pela mesma. Também Félix (2008) diz que os cuidadores informais são a família, amigos ou vizinhos que prestam cuidados, sem retribuição económica, que podem trabalhar ou não a tempo inteiro e viver com ou separadamente da pessoa cuidada. A família é aquela que melhor pode cuidar da pessoa dependente, uma vez que esta conhece o meio envolvente da pessoa.

Nos últimos anos foram vários os fatores que desencadearam um decréscimo na população de cuidadores informais, tais como, refere Imaginário (2008), a entrada da mulher no mercado de trabalho, a diminuição da natalidade, a diminuição do tamanho do agregado familiar, as migrações do meio rural para o urbano e para países estrangeiros e a maior mobilidade dos elementos da família e a sua dispersão geográfica.

Em relação ao grau de compromisso e responsabilidades no cuidar, o CI pode ser classificado como primário ou principal, secundário e terciário, sendo que pode existir uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador (Neri, 2000). O cuidador primário ou principal é aquele que detém toda a responsabilidade pela prestação de cuidados à pessoa dependente, isto é, tem o dever integral de o supervisionar, orientar, acompanhar e/ou de o cuidar (Grelha, 2009). O cuidador secundário é aquele que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional, não tendo responsabilidade no cuidado. São habitualmente familiares que dão apoio ao cuidador informal principal (Neri, 2000). Como cuidador terciário aparecem os amigos e vizinhos que esporadicamente ajudam quando é solicitado, mas não têm qualquer responsabilidade pelo cuidar (Neri, 2000).

Tornar-se cuidador é um processo complexo e que tem em conta uma variedade de razões ou motivos, não decorrendo, habitualmente, de uma escolha livre e consciente, pelo que geralmente o cuidador tem dificuldade em saber quando iniciou a sua tarefa de cuidar. Segundo Sousa et al. (2004) a decisão em assumir o papel de cuidador está dependente de dois fatores: a escassa oferta e qualidade das instituições prestadoras de cuidados e com o papel social da família, como principal cuidador responsável pelos seus membros. Na perspetiva de Félix (2008), o papel de cuidador é assumido quando ocorre uma perda progressiva de autonomia da pessoa, ou quando ocorre um incidente inesperado, quer seja pelo aparecimento de uma doença ou acidente que confira incapacidade, quer seja por demissão ou morte do anterior prestador de cuidados.

Segundo Félix (2008) as motivações para cuidar de alguém assentam em seis razões: na solidariedade conjugal, filial ou familiar, no cristianismo, nos sentimentos de amor e compaixão, na recompensa material, no evitar a institucionalização e no dever (moral/social). Sousa et al. (2004) consideram o dever como a motivação mais poderosa que leva o cuidador a prestar cuidados. As mesmas autoras reforçam que o dever ou pressão social provoca, por um lado, que os familiares se sintam desvalorizados aos olhos dos outros se não cuidarem dos seus familiares e, por outro, se sintam valorizados se respeitarem as regras. Por seu lado, o dever moral assume varias formas de vínculo entre os indivíduos, revelando o seu lado altruísta, na prestação de cuidados, como dar e receber, isto é, um ato de reciprocidade, minimizar o sentimento de culpa, cumprir promessas feitas, pois cuidar de um familiar é uma responsabilidade moral (Sousa et al., 2004).

Para Meleis (2000) os cuidadores (formais ou informais) surgem quando ocorre um défice no autocuidado na pessoa próxima, levando a que estes complementem ou assistam a pessoa no autocuidado, descrevendo esta mudança de papéis como uma transição situacional a qual é influenciada pelas expectativas, conhecimentos, ambiente e bem-estar físico e emocional dos cuidadores. A mesma autora refere que os enfermeiros assumem um papel de facilitadores na transição de papéis, ajudando a superação de dificuldades dos cuidadores informais, fornecendo-lhes e promovendo-lhes o desenvolvimento de competências, permitindo uma eficaz continuidade de cuidados, após o regresso a casa da pessoa dependente. Também Simões & Grilo (2012) sublinham o papel dos enfermeiros no processo de transição para o papel de cuidador, os quais atuam de forma antecipatória, preparando o cuidador para a mudança, atenuando as dificuldades que possam surgir neste processo.

Para Sequeira (2018), a transição para a prática do papel de cuidador é um processo complexo, que passa por diferentes fases ao longo do processo de cuidados, o qual envolve várias variáveis relacionadas com o próprio cuidador, com a pessoa dependente e com o contexto em que se desenvolve os cuidados, e as quais se relacionam entre si. Também Cameron & Gignac (2008) e Rocha (2015) consideram que o processo de transição para o papel de cuidador é percorrido através de cinco fases:

- **Primeira Fase:** ocorre logo após o internamento do familiar, onde os cuidadores são informados acerca da situação clínica do seu familiar e recebem suporte emocional;
- **Segunda Fase:** é a fase da estabilização, que corresponde à situação clínica estável do familiar internado, caracterizada pelas necessidades dos cuidadores em saber a informação de possíveis défices cognitivos e funcionais do familiar, e de ensino sobre como assistir a pessoa dependente;
- **Terceira Fase:** corresponde à fase da preparação, a qual equivale ao período que antecede imediatamente o regresso a casa da pessoa dependente, em que os cuidadores solicitam ter acesso ao conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade a que possam aceder, necessitando de treino na realização das AVD à pessoa dependente. É a fase marcada pelas incertezas e inseguranças quanto ao futuro, pelo que os cuidadores necessitam de apoio emocional e de suporte social nesta fase;
- **Quarta Fase:** equivale à fase da implementação, a qual está relacionada com o regresso a casa da pessoa dependente. Os cuidadores necessitam que os profissionais de saúde os ajudem na organização das tarefas do seu dia-a-dia, bem como, de supervisão dos cuidados que prestam e, por vezes, de instrução e treino dos cuidados agora adequados às novas condições;
- **Quinta Fase:** corresponde à fase da adaptação, onde os cuidadores se encontram confiantes com cuidados que prestam, necessitando, no entanto, de ter informação como lidar com situações de crise que possam colocar em risco a assistência à pessoa dependente. Esta fase também é marcada pela necessidade que os cuidadores apresentam em partilhar as suas experiências com pessoas que tenham experiências semelhantes (grupos de apoio).

A preparação e a formação do CI são importantes para uma assistência eficaz à pessoa dependente. Para Hoffmann e Cochrane (2009) é crucial a existência de projetos de intervenção específicos, com informações detalhadas de acordo com as necessidades do CI e da pessoa dependente, defendendo o desenvolvimento de programas de capacitação dotados de informação atualizada e adequada às necessidades do CI. Também Rebelo (2012) destaca a capacitação do CI crucial para que este seja capaz de garantir a continuidade de cuidados, bem como de desenvolver habilidades que o possibilitem

gerir a situação de dependência da pessoa cuidada. Segundo Andrade (2009), a educação para a saúde é decisiva na divulgação de informação junto do CI, para que este possa prestar cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades específicas da pessoa dependente. Também Cesar & Santos (2005) e Sequeira (2018) consideram a educação para a saúde o principal recurso para a transmissão dos saberes aos cuidadores, do forma a prepará-los para o desenvolvimento de competências para poderem prestar cuidados de qualidade, tendo em atenção que aquilo que se ensina tem que ser coerente com o contexto social e cultural onde encontram os cuidadores e as pessoas dependentes. Simões & Grilo (2012) destacam ainda que a importância do ensino não reside apenas na promoção da independência funcional da pessoa dependente, mas desempenha também um papel fundamental na prevenção de reinternamentos, sobretudo quando se trata de pessoas idosas.

A Enfermagem acaba por assumir o papel principal neste processo de capacitação e transmissão de informação ao CI, como demonstram vários autores. Sequeira (2018) considera que a otimização do papel do CI depende sobretudo da atenção que lhes é dispensada pelos enfermeiros. Também Bicalho, Lacerda & Catafesta (2008) e Coleman & Roman (2015), defendem que é ao enfermeiro que compete cuidar, capacitar para cuidar e promover a educação do CI. No seu estudo, Landeiro, Martins & Peres (2016) referem que muitas vezes o abandono do papel de CI se deve ao cansaço e à falta de apoio social, pelo que os enfermeiros têm um papel fulcral na capacitação do cuidador, desenvolvendo estratégias educacionais de forma a melhorar os resultados da formação e a qualidade dos cuidados.

Os cuidadores informais colaboram com a pessoa dependente na realização das várias AVD, tais como: vestir-se, alimentar-se, realizar os cuidados de higiene, administração de medicamento, preparação de alimentos, colaborar para a prevenção de sequelas de diversas patologias existentes e também tentar manter a pessoa o mais ativa possível, reduzindo os riscos de aumento do grau de dependência funcional (Hanson, 2005).

Para Pereira (2008) as tarefas habitualmente desempenhadas pelo CI podem-se agrupar em quatro domínios do cuidado:

- **Suporte nas atividades instrumentais da vida diária:** relacionadas com as tarefas domésticas, preparação das refeições, transporte, compras, gestão financeira e administração de medicamentos;

- **Apoio nas AVD:** relacionadas com os cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, na alimentação, etc.;
- **Apoio emocional:** fazendo companhia e conversando;
- **Lidar com as pressões resultantes de cuidar.**

Na perspetiva de Sequeira (2018), o CI desempenha funções de acordo com as necessidades das pessoas, definindo três domínios:

- **Apoio em termos de informação e orientação:** o CI vai ajudar a pessoa a obter conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a resolução de problemas, e a adotar estratégias de *coping*;
- **Apoio emocional:** o CI relaciona-se com a pessoa dependente, possibilitando a partilha de emoções, de pontos de vista, sendo que este apoio é fundamental para a manutenção da auto-estima da pessoa dependente;
- **Apoio instrumental:** o CI presta cuidados em situações problemáticas e que a pessoa não consegue resolver por si, é todo o tipo de cuidado prestado de forma altruísta a uma pessoa dependente.

Para assumir o papel de CI, o cuidador deverá ser detentor de alguns requisitos, tais como: **iniciativa** (capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a ação e implementá-la), **responsabilidade** (assegurar a qualidade da ação) e **autonomia** (capacidade para implementar e avaliar as ações por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada) (Sequeira, 2018). O mesmo autor refere que, associados a estes requisitos, o cuidador deverá desenvolver três áreas de competências, inerentes aos cuidados que passará a executar, nomeadamente:

- **Área de informação:** está relacionada com o saber, como aprender, adquirir e/ou desenvolver conhecimento para cuidar;
- **Área de mestria:** está relacionada com a habilidade instrumental, ou seja, o saber fazer, destreza em diferentes atividades como na prestação de cuidados e no comunicar.
- **Área de suporte:** está relacionada com o saber ser, ou seja, com o desenvolvimento pessoal, envolvendo o saber relacionar-se e o saber cuidar-se.

Segundo Martín (2005), o perfil do CI obedece a certos padrões da sociedade refletidos em quatro fatores: o parentesco, o género, a proximidade física e a proximidade afetiva. Para além destes, Sequeira (2018) refere que existem também outras variáveis que poderão influenciar o perfil de CI, tais como: o estado civil, a cultura, o estatuto profissional e o tipo de cuidados a prestar à pessoa dependente.

Quanto ao **parentesco**, Sequeira (2018) refere que o CI é geralmente um familiar ou alguém muito próximo e que quando a pessoa dependente é casada, o cônjuge surge como o principal cuidador. O mesmo autor sublinha que muitas vezes o cônjuge é um idoso com alguma incapacidade, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Na ausência de cônjuge, Sequeira (2018) refere que o papel de CI é assumido pelos filhos, com predomínio do sexo feminino, sublinhado que a decisão por parte dos filhos depende da necessidade e recursos dos pais dependentes, bem como da sua disponibilidade e situação laboral. Numa outra perspetiva, Félix (2008) refere que os cuidados à pessoa dependente são prestados principalmente pelos filhos, seguidos dos cônjuges, e por fim das noras ou genros. Sequeira (2018) acrescenta que os amigos e/ou vizinhos apenas se tornam cuidadores na ausência de familiares, ou como cuidadores secundários.

Relativamente ao **género**, Grelha (2009) demonstra que as mulheres são habitualmente responsáveis pela prestação de cuidados a pessoas dependentes. Também Fernandes et al. (2002) referem que quem mais assume o papel de cuidador são as mulheres, função dificultada pelo facto de socialmente, a mulher acumular cada vez mais funções, como ser mãe, esposa e profissional. Sequeira (2018) refere que quanto ao género e ao tipo de cuidados, a mulher presta mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, enquanto que os homens prestam mais cuidados relacionados com a gestão financeira e com os transportes.

Quanto ao **estado civil**, os cuidadores casados são o maior grupo que presta cuidados a pessoas dependentes, seguindo-se, por ordem decrescente, os solteiros ou divorciados e por último os viúvos (Sequeira, 2018).

No que concerne à **idade**, Grelha (2009) refere que os cuidados são habitualmente assegurados por pessoas com uma média etária entre os 45-60 anos, no entanto, esta idade é influenciada pela idade da pessoa cuidada, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, maior será a idade do cuidador. Na opinião de Silva et al. (2011) a

maioria dos cuidadores informais apresentam um intervalo de idades entre 31 e 90 anos, com média de 61,2 anos, enquanto que para Brito (2002) os cuidadores informais são maioritariamente adultos com idades superiores a 40 anos, com média de 52 anos.

Relativamente às **habilitações literárias**, a maioria dos cuidadores informais possui o 1º ciclo do ensino básico (Brito, 2002; Santos, 2008; Silva et al., 2011; Sequeira, 2018;). Para Ferreira (2008) a maioria dos cuidadores informais apresentam um baixo nível de escolaridade.

Quanto ao **estatuto profissional**, Sequeira (2018) refere que a maior percentagem de CI encontra-se reformada, mas que atividade profissional predominante é a de domésticos, e na sua maioria os que se encontram a trabalhar usufruem de salários baixos. Na mesma perspetiva, Rolo (2009) sublinha o predomínio da situação de domésticos, seguidos dos trabalhadores não qualificados e dos que têm profissões incluídas no grupo dos serviços e vendedores, evidenciando que o rendimento mensal aferido pelos cuidadores é superior a 750 Euros.

A proximidade geográfica e a **coabitação** também têm influência na escolha do CI. Na sua maioria, os cuidadores vivem próximo da pessoa dependente (Figueiredo, 2007). Na opinião de Sequeira (2018), a maioria dos cuidadores informais coabitam com a pessoa dependente, e apenas uma pequena percentagem vive próximo e na mesma terra, a menos de 10 quilómetros da pessoa dependente.

Quanto à **duração do cuidar**, Félix (2008) refere que a prestação de cuidados à pessoa dependente ocorre em ações de longa duração, em que 40% a 50% dos cuidadores informais realizam as suas tarefas, aproximadamente, há cinco anos. O mesmo autor revela que o intervalo de tempo de prestação de cuidados com maior percentagem é o que varia entre um e cinco anos. Por outro lado, Silva et al. (2011) referem que a maioria dos cuidadores prestam cuidados há mais de três anos.

No que respeita ao **número de horas de cuidado**, Ferreira (2008) refere que a maioria dos cuidadores informais despendem cerca de 18 a 24 horas diárias na prestação de cuidados, enquanto que Santos (2008) revela uma média de 16 a 19 horas diárias empregadas no cuidado.

Podemos concluir que a figura do CI é de extrema importância pois este é o responsável pela sobrevivência e auxílio nas AVD da pessoa dependente. São dedicados, tendo como objetivo a solução de problemas, mantendo possível a sobrevivência e a

manutenção dos autocuidados (Araújo, Paúl, & Martins, 2009). Mas este acréscimo de tarefas pode conduzir ao cansaço físico e emocional, podendo convergir numa situação de sobrecarga do CI, a qual será abordada de seguida.

#### 1.4 SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Tendo em conta o que já foi mencionado anteriormente, reconhecemos o importante contributo que os cuidadores informais dão na prestação de cuidados às pessoas dependentes, quer sejam idosos, quer sejam doentes com doença crónica. Contudo, o CI ao assumir a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente, para responder às várias solicitações, desencadeia na sua vida uma série de mudanças aos vários níveis, para as quais não está preparado, tais como: ao nível pessoal, familiar, laboral, económico e social. Esta situação para além de acarretar problemas físicos e financeiros, poderá conduzir a uma situação de sobrecarga, manifestada por sintomas de tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da autoestima (Fernandes et al., 2002).

Figueiredo & Sousa (2008) referem que cuidar de uma pessoa dependente é um processo stressante que pode comprometer a qualidade de vida do cuidador e contribuir para o desenvolvimento de patologias. Também Imaginário (2008) é da opinião que, cuidar de uma pessoa dependente no domicílio exige um empenho de cuidados permanentes levando a que muitos cuidadores tenham alterações na sua vida profissional, social e conjugal. Na mesma perspetiva, Salgueiro (2008) refere que algumas das consequências mais negativas do processo de cuidar têm a ver com limitações de ordem pessoal, nomeadamente, restrição da vida social e de lazer, provocada pela sobreposição de papéis sociais resultando em conflitos entre o cuidador e outras responsabilidades sociais. O mesmo autor sublinha que esta diminuição das atividades sociais faz com que o cuidador se relacione menos com outras pessoas, fragilizando ou destruindo as relações já existentes, podendo culminar numa situação de exclusão social. Por outro lado, Brito (2002) refere que cuidar de uma pessoa dependente não é obrigatoriamente uma situação geradora de dificuldades, referindo que a atividade de cuidar também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação para algumas pessoas, nomeadamente aspetos positivos relacionados com sentimentos de prazer e conforto em prestar cuidados e ao ganho de um sentido para a vida.

A sobrecarga do cuidador é uma expressão traduzida da língua inglesa, conhecida como *caregiver burden*, que significa peso, fardo, tensão ou sobrecarga do cuidador, a qual corresponde a uma reação negativa face à prestação de cuidados. Esta surge quando são exigidos novos tipos de cuidados ou quando estes se intensificam, onde os cuidadores não conseguem modificar ou adaptar as suas estratégias para lidar com os cuidados, experienciando a condição de sobrecarga (Pereira & Filgueiras, 2009). Chou, Liu & Chu (2002) referem que a sobrecarga é uma combinação entre o compromisso físico da pessoa dependente e o impacto que a prestação de cuidados tem na vida dos cuidadores e suas famílias. Por sua vez, Yeh, Johnson & Wang (2002) e Martins et al., (2003) referem que o conceito de sobrecarga está relacionado com a maneira como a prestação de cuidados afeta o estatuto financeiro, a perceção da vida social, emocional e bem-estar físico da pessoa que desempenha o papel de cuidador. Também Santos, Sousa, Brasil & Dourado (2011) definem sobrecarga como um problema físico, psicológico, emocional, social ou financeiro sentido pelo cuidador. Para Sequeira (2018) o conceito de sobrecarga transporta para o conjunto das consequências que surgem do contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência.

A crescente responsabilização que é exigida aos cuidadores, associada ao aumento do número de tarefas a realizar, veio aumentar o sofrimento psicológico destes CI, tendo em conta a insuficiente preparação intelectual e psicológica que possuem, face às exigências que a situação de dependência impõe. Esta sobrecarga, essencialmente psicológica, é descrita por Deeken, Taylor, Mangan, Yabroff & Ingham (2003, p.937) como “ a incapacidade para ser resiliente, na medida em que cada prestador percebe que a sua situação física, social, mental e espiritual está a sofrer como resultado da sua prestação de cuidados ao seu familiar”.

Chou et al. (2002) e Sales (2003) sugerem que a sobrecarga pode ser dividida em duas dimensões: sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva está relacionada com eventos e atividades associados a experiências negativas do cuidar, tais como interrupção da vida familiar, vida social e finanças (Chou et al., 2002; Sales (2003); Sousa et al., 2004). A sobrecarga subjetiva está relacionada com os sentimentos e atitudes suscitados nos cuidadores durante tarefa de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emoções do CI e a sua perceção individual sobre as consequências do cuidar (Martins et al., 2003; Sales, 2003).

Numa conceptualização atual, e de acordo com a CIPE (2015, p.53), a palavra “sobrecarga” remete para o termo “sobrecarga por *stress*”, e este por sua vez remete para o termo “*stress*” que em linguagem CIPE significa “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. Para Lipp, Malagris & Novais (2007), o *stress* e a sobrecarga encontram-se interligados, definindo o *stress* como um desgaste do organismo, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se encontra perante uma situação que desperte uma emoção forte (boa ou má) e que exija mudanças e uma adaptação. Segundo os mesmos autores, o *stress* ocorre quando a pessoa ultrapassa os seus limites e capacidades de adaptação, podendo ser desencadeado por fatores externos ou internos da pessoa. Os fatores externos dizem respeito a situações que ocorrem no dia-a-dia da pessoa, como as dificuldades económicas, morte de um ente querido ou uma situação de doença. Por outro lado, os fatores internos estão relacionados com a personalidade da pessoa, com a forma como a própria pessoa reage perante a vida, preocupações e frustrações, altos níveis de ansiedade, desejo de ser perfeito ou pela necessidade de ser aceite e amado pelos outros (Lipp et al., 2007).

De acordo com Lipp et al. (2007), o *stress* passa por um processo de desenvolvimento até chegar ao esgotamento físico e mental, percorrendo quatro fases, as quais constituem o Modelo Quadrifásico do *Stress*. Este modelo sustenta que o *stress* percorre, portanto, quatro fases:

- **Fase de alerta ou alarme:** nesta fase o organismo prepara-se para enfrentar a ameaça através da produção e ação da adrenalina, tornando a pessoa mais atenta, capaz e motivada para enfrentar a ameaça, sendo por isso esta fase essencial para a preservação da sobrevivência da pessoa;
- **Fase da resistência:** nesta fase o organismo está num processo de adaptação aos fatores stressantes, com uma descida da resistência à maioria dos estímulos, fazendo com que a pessoa tenha uma sensação de desgaste e cansaço, com uma queda acentuada da produtividade, tornando-a vulnerável;

- **Fase de quase-exaustão:** nesta fase há uma persistência dos fatores stressantes fatores estressantes em frequência e intensidade dando origem a uma quebra na resistência da pessoa;
- **Fase da exaustão:** nesta fase ocorre um colapso dos mecanismos de adaptação ao indutor de *stress*, com um decréscimo acentuado na qualidade da resposta de adaptação, não conseguindo o organismo ultrapassar a ameaça.

Na literatura atual está expressa a existência de vários fatores associados a uma maior sobrecarga do CI. Entre eles encontra-se o **sexo**, com diversos autores a afirmar que, comparativamente aos homens, as mulheres manifestam maiores níveis de sobrecarga e *stress* psicológico associado à tarefa de cuidar. (Zarit & Zarit, 2007; Marques, 2007; Eters, Goodall & Harrison, 2008; Ricarte, 2009). Por outro lado, no seu estudo Santos (2004) e Castro (2013) referem que não existem diferenças estatisticamente significativas no nível de sobrecarga entre homens e mulheres.

Outro fator associado ao maior nível de sobrecarga diz respeito ao **parentesco**. Nos seus estudos, Santos (2004), Santos (2005) e Cristina, Gratao, Ramos, Vendrúscolo & Flávia (2012) relatam que os cônjuges apresentam maior nível de sobrecarga quando comparados com os filhos (as) ou genros/noras. Santos (2004) justifica estes resultados com o fato dos cônjuges valorizarem mais as situações de dependência, assim como as suas repercussões ao nível da dinâmica e da qualidade de vida de ambos, enquanto que os filhos (as) ou os genros/noras valorizam a família nuclear e o trabalho. Por outro lado, Lage (2007) e Marques (2007) afirmam que os cônjuges, tendo uma relação de maior proximidade com a pessoa dependente, apresentam menos sobrecarga comparativamente aos filhos, os quais apresentam pior perceção de saúde, ou seja, são os que mais sentem o impacto do cuidado.

Relativamente ao fator **idade**, Cristina et al. (2012) e Santos (2004) referem no seu estudo que os cuidadores mais velhos são mais vulneráveis, sendo por isso mais suscetíveis à sobrecarga. No sentido oposto, Marques (2007) constata que os cuidadores mais jovens evidenciam mais dificuldades na resolução de situações difíceis, apresentando por isso maiores níveis de sobrecarga. Por seu lado, Santos (2005) e Oliveira (2012) referem não haver evidência que a idade influencie os níveis de sobrecarga.

Quanto às **habilitações literárias**, Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari & Sourtzi (2007) e Santos (2004) referem que os cuidadores com maior escolaridade apresentam níveis mais baixos de sobrecarga, pois estes possuem mais conhecimentos sobre os recursos sociais e mostram-se mais aptos para recorrer às redes de apoio. Já Marques (2007), Cristina et al. (2012) e Machado (2014) referem que os cuidadores que estudaram entre um a quatro anos apresentam um maior nível de sobrecarga. Por outro lado, Santos (2005), no seu estudo, não encontrou qualquer relação entre as habilitações literárias e a sobrecarga do CI.

Quanto à **ajuda no cuidar**, Brito (2002) menciona que os cuidadores que apresentam ajuda na prestação de cuidados à pessoa dependente têm menor nível de sobrecarga. Oliveira (2012) considera que a permanência no mesmo espaço físico associado ao tempo de cuidado dispensado à pessoa dependente, diminui o tempo de lazer e a vida social do CI, fazendo com que o fator **coabitação** represente um fator potenciador da sobrecarga do CI.

O **número de horas dispensando aos cuidados** também está associado à sobrecarga dos cuidadores, sendo que quantas mais horas os cuidadores dispendem para a prestação de cuidados, maior será o nível de sobrecarga (Cristina et al., 2012).

Relativamente ao fator **situação profissional**, este não reúne consenso quanto à manifestação dos níveis de sobrecarga. Enquanto que Carrero (2002) considera que os cuidadores que apresentam uma ocupação profissional apresentam maiores níveis de sobrecarga devido à sobreposição de papéis, Brito (2002) e Pereira (2008) consideram que um cuidador profissionalmente ativo, ao manter a sua vida social, condicionam positivamente a sua perceção de saúde e conseqüentemente aumentam o impacto positivo do cuidar, apresentando por isso baixos níveis de sobrecarga.

Por último, outro fator associado diz respeito ao **grau de dependência da pessoa dependente** sendo que quanto maior for a dependência quanto à satisfação das AVD, maior é a sobrecarga sentida pelo cuidador (Ricarte, 2009).

A dependência pode representar um elevado fardo para os cuidadores, tendo em conta que estes se vêm confrontados com uma série de problemas de variada etiologia já atrás mencionada. O aumento da responsabilidade, relacionada com estas fontes de sobrecarga, podem facilmente provocar um desequilíbrio entre as exigências e os recursos dos cuidadores, conduzindo a graves conseqüências emocionais, doença física

e alteração do estilo de vida, para além de pôr em causa o bem-estar dos doentes (Santos et al., 2011).

Por todos os motivos apontados anteriormente e pela importância do CI na adaptação e recuperação da pessoa dependente, é fundamental que os enfermeiros privilegiem o apoio que lhes é prestado, quer em termos de informação e ensino, quer em termos do próprio apoio psicológico, através do desenvolvimento de estratégias para diminuir o impacto da dependência no seio familiar. A enfermagem assume por isso um papel fundamental na equipa de saúde, sendo uma profissão de ajuda, é esperado que ajude o CI a lidar com a nova situação com que é confrontado, escutando as suas angústias, ansiedades e frustrações, ajudando-o na construção de competências para que preste bons cuidados à pessoa dependente com satisfação no exercício do seu papel.

## 2. METODOLOGIA

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos (Fortin, Côte & Fillion 2009). Os mesmos autores consideram que a fase metodológica consiste na identificação dos meios para realizar a investigação.

É no decurso desta fase que, segundo Fortin et al. (2009) o investigador vai estabelecer o seu método de trabalho de forma a obter as respostas às questões de investigação.

Neste capítulo pretende-se descrever todo o desenho da investigação deste estudo, nomeadamente: a conceptualização do estudo, questões, objetivos, e hipóteses de investigação; variáveis; tipo de estudo; a escolha da população e amostra; instrumento de colheita de dados; procedimentos formais e éticos; e processo de previsão de tratamento de dados estatísticos.

### 2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Segundo Fortin et al. (2009) a fase concetual de um estudo científico consiste em definir e formular um problema de investigação, permitindo assim orientar o processo de investigação.

As questões de investigação constituem um elemento fundamental para o início da investigação (Pais Ribeiro, 2008). Para Fortin et al. (2009, p.73), uma questão de investigação é “ (...) um enunciado claro e não inequívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Tendo por referência o exposto e a problemática em estudo, elaborámos as seguintes questões de investigação que serviram de suporte à nossa pesquisa e que nos orientaram durante o percurso de investigação:

**Questão 1** – Qual é o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado que procura o SU?

**Questão 2** – Quais são as características sociodemográficas da pessoa dependente no autocuidado?

**Questão 3** – Quais são as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI da pessoa dependente no autocuidado?

**Questão 4** – Qual é o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado percecionada pelo CI?

**Questão 5** – Qual é o grau de informações recebidas pelo CI sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos, bem como, o tipo de profissionais de saúde que as prestou?

**Questão 6** – Qual é a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI?

**Questão 7** – Qual é a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado?

Tendo por base as questões enunciadas traçamos os objetivos do trabalho. Os objetivos do estudo devem, “indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue” (Fortin et al., 2009, p. 160). Os mesmos autores referem que os objetivos da investigação deverão explicitar as variáveis, a população e o teor do estudo, contendo o verbo de ação e indicando a orientação da investigação.

#### Objetivo Geral

- Estudar a sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado que procura o SU;

#### Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas da pessoa dependente no autocuidado;
- Descrever as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI da pessoa dependente no autocuidado;
- Avaliar o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado percecionada pelo CI;
- Avaliar o grau de informações recebidas pelo CI, sobre o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos, bem como, o tipo de profissionais de saúde que as prestou;
- Avaliar o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado;

- Estudar a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e as características sociodemográficas, profissionais e familiares do CI;
- Estudar a relação entre o nível de sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.

Tendo por base os pressupostos teóricos e os resultados de alguns estudos apresentados no enquadramento teórico, definimos as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o sexo.

**Hipótese 2** – Existe correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a idade.

**Hipótese 3** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de parentesco com a pessoa dependente.

**Hipótese 4** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com as habilitações literárias.

**Hipótese 5** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a situação profissional.

**Hipótese 6** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a existência de ajudar para cuidar.

**Hipótese 7** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a coabitação com a pessoa dependente.

**Hipótese 8** – Existe correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a média de horas semanais que o cuidador necessita para prestar cuidados.

**Hipótese 10** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado alimentação.

**Hipótese 11** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária.

**Hipótese 12** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto.

**Hipótese 13** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade.

**Hipótese 14** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências.

**Hipótese 15** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir.

**Hipótese 16** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação.

**Hipótese 17** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado gestão de sintomas.

**Hipótese 18** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado comunicação.

## 2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin et al. (2009) referem que a população alvo consiste num conjunto de indivíduos que partilham características comuns. Para o estudo de investigação em causa, a população alvo definida foi constituída por todos os cuidadores informais que acompanharam as pessoas dependentes, em pelo menos uma dependência num determinado autocuidado, ao SUG do CHL. Por conveniência do investigador, de entre a população alvo, a população acessível foi o conjunto dos cuidadores informais que acompanharam as pessoas dependentes em pelo menos uma dependência num determinado autocuidado ao SUG do CHL, durante o mês de fevereiro de 2019.

Como a população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, foi necessário selecionar uma amostra. Esta, segundo Fortin et al. (2009), corresponde à fração da população sobre a qual se desenvolve o estudo, devendo ser representativa da população alvo.

Neste sentido, definiram-se como critérios de inclusão: CI com idade igual ou superior a 18 anos, ser previamente CI, ser responsável por uma pessoa dependente em pelo menos uma dependência num determinado autocuidado e ter acompanhado a pessoa dependente no autocuidado ao SUG do CHL, durante o mês de fevereiro de 2019, nos dias e turnos em que o investigador se encontrava no SUG para a recolha de dados.

A técnica de amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido de maneira a representar uma população inteira (Fortin et al.,

2009). No caso deste estudo de investigação, a técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística e intencional. Segundo Fortin et al. (2009), a amostragem não probabilística corresponde ao processo de seleção da amostra na qual se encontram características conhecidas da população em estudo, porém, os elementos da população não têm todos a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra; é intencional, uma vez que se baseou numa escolha consciente do investigador de incluir e excluir sujeitos, em função das suas características.

Tendo por base os critérios atrás descritos, foi possível obter uma amostra de 93 cuidadores informais.

### 2.3 INSTRUMENTOS

Segundo Dixe (2016) existem diversos métodos para recolher os dados junto da população alvo da sua pesquisa, os quais deverão ser objetivos, no sentido que estes não devem ser influenciados por quem recolhe a informação, e sistemáticos, na perspectiva de que os dados devem ser recolhidos da mesma forma por todos os intervenientes nessa recolha.

Para a colheita de dados deste estudo procedeu-se à realização de entrevistas estruturadas aos cuidadores informais da pessoa dependente no autocuidado que procurou o SU.

As entrevistas foram realizadas com base num formulário para colheita de informação constituído por duas partes: a primeira parte é constituída por uma avaliação da pessoa dependente no autocuidado, por uma avaliação sociodemográfica, profissional e familiar do CI, por uma avaliação da auto percepção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado e pelas informações recebidas sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos e quem lhes forneceu essa informação; a segunda parte é constituída pela avaliação da sobrecarga do CI, através da aplicação da Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ANEXO I).

A primeira parte do formulário encontra-se dividida em quatro pontos, que serão descritos em seguida.

O ponto um é composto por sete questões abertas ou fechadas (Quadro 1), e tem como finalidade recolher informação relativa à pessoa dependente no autocuidado (sexo,

idade, causa da ida ao SU, dias de permanência no SU à data da entrevista, dependência prévia, áreas de dependência e há quanto tempo é dependente de outras pessoas para se cuidar). Relativamente às causas da ida da pessoa dependente ao SUG, e para facilitar o tratamento dos dados relativos a esta questão, optou-se por agrupar as causas de ida tendo em conta os 50 fluxogramas existentes na Triagem de Manchester.

**Quadro 1:** Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Sexo	1 – Feminino; 2 – Masculino.	Nominal
Idade	Em anos	Intervalar
Causa da ida ao SU	Questão de resposta aberta	Nominal
Dias de permanência no SU à data da entrevista	Em dias	Intervalar
Dependência prévia	1 – Sim; 2 – Não.	Nominal
Áreas de dependência	Questão de resposta aberta	Nominal
Há quanto tempo é dependente de outras pessoas para se cuidar	Em anos	Intervalar

No ponto dois pretende-se recolher informação acerca do CI através de oito questões abertas ou fechadas (Quadro 2), mais especificamente: sexo, idade, grau de parentesco do cuidador com a pessoa dependente, habilitações literárias, situação profissional, ter ajuda para cuidar, coabitação e média de horas por semana dispensadas para cuidar.

**Quadro 2:** Operacionalização das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica, profissional e familiar do CI.  
(continua)

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Sexo	1 – Feminino; 2 – Masculino.	Nominal
Idade	Em anos	Intervalar
Grau de parentesco/relação do cuidador com a pessoa dependente	1 – Cônjuge; 2 – Filho; 3 – Irmão; 4 – Neto; 5 – Outro familiar; 6 – Amigo.	Nominal
Habilitações literárias	1 – Sem escolaridade; 2 – Sabe assinar; 3 – Sabe ler e escrever; 4 – 4ª classe/1º ciclo ou ensino básico; 5 – Ensino preparatório/ 2º ciclo do ensino básico; 6 – 9ª ano/ 3º ciclo do ensino básico; 7 – 12º ano/ Ensino secundário; 8 – Curso médio; 9 – Curso superior; 10 – Outra situação (especificar qual).	Ordinal

(continuação)

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Situação profissional	1 – Trabalha por conta própria; 2 – Trabalha por conta de outra pessoa; 3 – Reformado (a); 4 – Doméstica; 5 – Estudante; 6 – Desempregado.	Nominal
Tem ajuda para cuidar da pessoa dependente	1 – Sim; 2 – Não.	Nominal
Mora com a pessoa dependente	1 – Sim; 2 – Não.	Nominal
Quantas horas por semana necessita para cuidar da pessoa dependente	Em horas	Intervalar

O ponto três é composto por questões de resposta fechada (Quadro 3), e tem como finalidade avaliar o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado percebida pelo CI.

**Quadro 3:** Operacionalização das variáveis relativas à auto percepção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado.

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Alimentação	1 – Independente; 2 – Parcialmente dependente; 3 – Totalmente dependente.	Ordinal
Higiene Sanitária		
Cuidados de Higiene e Conforto		
Mobilidade		
Transferências		
Vestir e despir-se		
Tomar a medicação		
Gestão de Sintomas		
Comunicação		

O ponto quatro da primeira parte, é composto por questões de resposta fechada (Quadros 4 e 5), e tem como finalidade avaliar o grau de informações recebidas pelo CI acerca da doença, do autocuidado, do equipamento e dos apoios comunitários e económicos existentes, e quem lhes prestou essas informações.

**Quadro 4:** Operacionalização das variáveis relativas ao grau de informações recebidas pelo CI sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos existentes.

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Doença	1 – As necessárias; 2 – Algumas mas não suficientes; 3 – Nenhumas; 4 – Não aplicável.	Ordinal
Autocuidado: tomar banho		
Autocuidado: vestir e despir		
Autocuidado: alimentar-se		
Autocuidado: usar o sanitário		
Autocuidado: transferir-se		
Autocuidado: andar		
Autocuidado: tomar a medicação		

**Quadro 5:** Operacionalização das variáveis relativas a quem forneceu informações sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos existentes.

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Doença	1 – Médico; 2 – Enfermeiro; 3 – Médico e Enfermeiro; 4 – Outro.	Nominal
Autocuidado: tomar banho		
Autocuidado: vestir e despir		
Autocuidado: alimentar-se		
Autocuidado: usar o sanitário		
Autocuidado: transferir-se		
Autocuidado: andar		
Autocuidado: tomar a medicação		
Equipamento auxiliar		
Serviços comunitários		
Apoios económicos		

A segunda parte do formulário é constituída pela avaliação da sobrecarga do CI, através da aplicação da Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit, a qual foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira em 2007, a partir da *Burden Interview Scale*, a qual apresenta boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de alfa *Cronbach*  $\alpha= 0,93$  (Sequeira, 2018). Segundo o mesmo

autor, a versão original desta escala era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com a pessoa cuidada. Sequeira (2018) refere ainda que a escala atual permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI, através de 22 itens, os quais incluem informação sobre as quatro dimensões da sobrecarga:

- **O impacto da prestação de cuidados:** esta dimensão agrupa os itens que se referem à sobrecarga objetiva, relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Esta dimensão é composta por onze itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22) e apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach  $\alpha = 0,93$ ;
- **Relação interpessoal:** esta dimensão apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga objetiva entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada através de cinco itens (4,5,16,18 e 19), e apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach  $\alpha = 0,83$ ;
- **Expectativas face ao cuidar:** esta dimensão, inserida na sobrecarga subjetiva, está relacionada com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituída por quatro itens (7,8,14 e 15), apresentando boa consistência interna com um alfa de Cronbach  $\alpha = 0,67$ ;
- **Percepção da auto-eficácia:** esta dimensão, inserida na sobrecarga subjetiva, está relacionada com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e é constituída por dois itens (20 e 21), e a qual apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach  $\alpha = 0,80$ .

O mesmo autor acrescenta ainda que cada item desta escala é pontuado de acordo com uma escala tipo *Likert*, de forma qualitativa / quantitativa, da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); frequentemente = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão adaptada para Portugal, obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a um maior nível de sobrecarga, de acordo com os

seguintes pontos de corte: inferior a 46 = sem sobrecarga; entre 46 a 56 = sobrecarga ligeira; superior a 56 = sobrecarga intensa.

Importa ainda salientar que durante a colheita de dados, as perguntas foram colocadas de forma simples e de fácil perceção, sendo clarificadas quando necessário, permitindo desta forma que o entrevistado pudesse livremente expressar a sua opinião.

## 2.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O trabalho de investigação em causa terá que satisfazer alguns procedimentos formais e éticos. Como refere Fortin et al. (2009), qualquer investigação efetuada junto de seres humanos, levanta questões morais e éticas. Essas questões podem estar relacionadas não só com o tipo de estudo mas também com o método de colheita de dados e divulgação dos resultados.

Neste sentido, e com o objetivo de cumprir os requisitos morais e éticos inerentes ao processo de investigação, foi submetido um pedido de autorização à Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHL para a realização deste estudo, bem como, para a colheita de dados junto do CI, o qual tiveram parecer positivo (ANEXO II e III). De modo a aplicar o instrumento de colheita de dados no SUG, foi realizado um pedido de autorização à Diretora do mesmo, bem como, ao Enfermeiro Chefe, tendo também obtido um parecer favorável (ANEXO IV e V).

Relativamente ao consentimento informado, todos os participantes no estudo assinaram um termo de consentimento livre e informado (ANEXO VI), tendo os mesmos sido advertidos sobre os objetivos e circunstâncias da sua participação e foi assegurada a confidencialidade dos dados, assim como a participação voluntária, ressalvando também a possibilidade de interrupção a qualquer momento e sem riscos para o mesmo.

A colheita de dados foi realizada no SUG, durante o mês de fevereiro do presente ano, tendo sido realizadas 93 entrevistas, face a face, aos cuidadores informais de utentes dependentes em pelo menos um autocuidado.

## 2.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para Fortin et al. (2009, p. 57), “após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis”.

Neste sentido, o tratamento estatístico dos dados deste estudo foi realizado através do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 25, licenciado para utilização pelo Instituto Politécnico de Leiria, sendo criada uma base de dados e informatizados os mesmos.

Para descrever as características da amostra utilizou-se a estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão).

De modo a seleccionar os testes a utilizar no estudo das hipóteses, efetuámos o estudo da distribuição dos dados quantitativos através da utilização do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que nem todas as variáveis quantitativas apresentavam uma distribuição normal optámos pelos testes não-paramétricos. Utilizámos assim o Teste de *Mann-Whitney* (para comparar dois grupos) e o Teste de *Kruskal-Wallis* (para comparar mais do que dois grupos). Para avaliar a correlação entre duas variáveis quantitativas, utilizámos o Coeficiente de *Spearman*.

Para todos os testes, utilizámos um nível de significância de 0,05 ( $\alpha=0,05$ ).

Os resultados obtidos foram apresentados através da construção de tabelas.

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta fase procede-se à apresentação dos dados obtidos com o objetivo de dar resposta às questões de investigação formuladas. De acordo com Fortin et al. (2009) a apresentação e a análise dos resultados é uma fase do processo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos participantes no estudo e às diligências para a colheita de dados.

A apresentação de resultados iniciar-se-á com os resultados relativos à caracterização da pessoa dependente, seguida dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica, profissional e familiar do CI, seguindo-se os resultados relativos ao nível de sobrecarga da amostra, e por fim os resultados relativos às hipóteses em estudo.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Através da Tabela 1, constatamos que as pessoas dependentes têm idades compreendidas entre os 23 e os 98 anos, uma média de idade de 80,90 anos e um desvio padrão de 10,44 anos. A mediana situa-se nos 83 anos.

**Tabela 1** - Caracterização da pessoa dependente quanto à idade.

	<b>n</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>
<b>Idade</b>	93	23,00	98,00	80,90	10,44	77,00	83,00	87,50

Relativamente ao sexo das pessoas dependentes, 47 (50,5%) pertencem ao sexo masculino e 46 (49,5%) ao sexo feminino (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição da pessoa dependente por sexo.

<b>Sexo</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	46	49,5
<b>Masculino</b>	47	50,5
<b>Total</b>	93	100,0

Através da Tabela 3, verificamos que a maioria das pessoas dependentes recorreu ao SUG por dispneia (37,9%) e indisposição no adulto (33,6%).

**Tabela 3** - Distribuição da pessoa dependente quanto à causa de ida ao SUG.

(continua)

<b>Causa da ida ao SUG</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Cefaleia</b>	1	1,4
<b>Convulsão</b>	4	4,4
<b>Diarreia e vómitos</b>	5	5,7
<b>Dispneia</b>	35	37,9
<b>Dor abdominal</b>	2	2,4

(continuação)

Causa da ida ao SUG	nº	%
Dor lombar	1	1,4
Feridas	3	3,5
Hemorragia gastrointestinal	3	3,5
Indisposição no adulto	31	33,6
Problemas nos membros	2	2,4
Problemas urinários	1	1,4
Traumatismo Crânio Encefálico	2	2,4
<b>Total</b>	93	100,0

À data da realização da entrevista, a média de dias de permanência no SUG era de 1,59 dias, sendo que as pessoas permaneciam naquele SUG entre um a quatro dias. O desvio padrão situa-se nos 0,72 dias e a mediana situa-se em um dia (Tabela 4).

**Tabela 4** - Caracterização da pessoa dependente quanto aos dias de permanência no SUG, à data da entrevista.

	n	Min	Máx	Média	D. P.	p25	p50	p75
<b>Dias no SUG</b>	93	1,00	4,00	1,59	0,72	1,00	1,00	2,00

Como se pode constatar na Tabela 5, todas as pessoas eram previamente dependentes antes de procurar o SUG.

**Tabela 5** - Distribuição da pessoa dependente quanto à dependência prévia.

Dependência prévia	nº	%
<b>Sim</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>
Não	0	0,0
<b>Total</b>	93	100,0

Tendo em conta a perspetiva do CI, destas 93 pessoas dependentes, 92 (98,92%) são dependentes em todos os autocuidados, sendo apenas uma (1,08%) apenas dependente na gestão de sintomas (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição das pessoas dependentes quanto à dependência nos autocuidados, na perspetiva do CI.

Autocuidados	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Alimentação	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Higiene Sanitária	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Higiene e conforto	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Mobilidade	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Transferências	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Vestir e despir	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Tomar a medicação	92	98,92	1	1,08	93	100,0
Gestão de sintomas	93	100,0	0	0,0	93	100,0
Comunicação	92	98,92	1	1,08	93	100,0

Relativamente ao período de tempo em que as pessoas são dependentes de outras para se cuidar, a Tabela 7 mostra-nos que, em média, as pessoas dependentes neste estudo são dependentes de outras há 4,66 anos., sendo que o mínimo de tempo de dependência se situa nos 0,02 anos (corresponde a uma semana) e o máximo nos 50 anos.

**Tabela 7** - Caracterização da pessoa dependente quanto ao tempo de dependência em anos.

	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>
<b>Tempo de dependência</b>	93	0,02	50,00	4,66	6,42	2,00	3,00	5,00

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR DO CUIDADOR INFORMAL

Através da Tabela 8, verificamos que os cuidadores informais têm idades compreendidas entre os 20 e os 82 anos, os quais apresentam uma média de idade de 56,32 anos, e um desvio padrão de 10,94 anos. A mediana situa-se nos 57 anos.

**Tabela 8** - Caracterização da amostra quanto à idade.

	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>D. P.</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>
<b>Idade</b>	93	20,00	82,00	56,32	10,94	50,00	57,00	63,00

Relativamente ao sexo, 77 (82,8%) dos cuidadores informais pertencem ao sexo feminino e 16 (17,2%) ao sexo masculino (Tabela 9).

**Tabela 9** - Distribuição da amostra por sexo.

<b>Sexo</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	<b>77</b>	<b>82,8</b>
<b>Masculino</b>	16	17,2
<b>Total</b>	93	100,0

Através da Tabela 10, constatamos que relativamente ao grau de parentesco com a pessoa dependente, a maioria referiram ser filhos (64,5%) seguidos dos cônjuges (17,2%).

**Tabela 10** - Distribuição da amostra quanto ao grau de parentesco com a pessoa dependente.

<b>Grau de parentesco</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Cônjuge</b>	<b>16</b>	<b>17,2</b>
<b>Filho(a)</b>	<b>60</b>	<b>64,5</b>
<b>Irmão(a)</b>	2	2,2
<b>Neto(a)</b>	3	3,2
<b>Outro familiar</b>	10	10,7
<b>Amigo(a)</b>	2	2,2
<b>Total</b>	93	100,0

Relativamente às habilitações literárias, verificamos através das Tabela 11 que 31 (33,3%) cuidadores informais referiram possuir o 1º ciclo, 13 (14,0%) referiram ser detentores do 2º ciclo, 24 (25,8%) o 3º ciclo, 15 (16,1%) o ensino secundário e nove (9,7%) referiram possuir formação de nível superior. Apenas um CI referiu uma outra situação a nível de escolaridade.

**Tabela 11** - Distribuição da amostra quanto às habilitações literárias.

Habilitações literárias	nº	%
<b>1ºciclo</b>	<b>31</b>	<b>33,3</b>
2ºciclo	13	14,0
3ºciclo	24	25,8
Ensino secundário	15	16,1
Curso superior	9	9,7
Outra situação	1	1,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à situação profissional, 30 (32,3%) dos cuidadores informais referiram estar reformados, 29 (31,2%) referiram trabalhar por conta de outra pessoa, 19 (20,4%) referiram a condição de domésticas, oito (8,6%) referiram trabalhar por conta própria e uma pessoa (1,1%) referiu ser estudante. Seis cuidadores (6,4%) referiram estar desempregados (Tabela 12).

**Tabela 12** - Distribuição da amostra quanto à situação profissional.

Situação profissional	nº	%
<b>Trabalha por conta própria</b>	<b>8</b>	<b>8,6</b>
Trabalha por conta de outra pessoa	29	31,2
<b>Reformado(a)</b>	<b>30</b>	<b>32,3</b>
Doméstica	19	20,4
Estudante	1	1,1
Desempregado	6	6,4
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Através da Tabela 13, constatamos que relativamente à existência de ajuda para cuidar da pessoa dependente, 53 (57%) dos cuidadores informais referem ter ajuda de outras pessoas para cuidar, enquanto que as restantes 40 (43%) referem não apresentar qualquer tipo de ajuda.

**Tabela 13** - Distribuição da amostra quanto à existência de ajudar para cuidar da pessoa dependente.

Ajuda para cuidar	nº	%
<b>Sim</b>	<b>53</b>	<b>57,0</b>
Não	40	43,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à coabitação, 59 (63,4 %) cuidadores responderam que vivem com a pessoa dependente e 34 (36,6%) referiram não viver com a pessoa dependente (Tabela 14).

**Tabela 14** - Distribuição da amostra quanto à coabitação com a pessoa dependente.

Coabitação	nº	%
<b>Sim</b>	<b>59</b>	<b>63,4</b>
Não	34	36,6
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Através da Tabela 15, verificamos que a totalidade dos inquiridos já cuidava anteriormente da pessoa dependente.

**Tabela 15** - Distribuição da amostra quanto ao cuidado prévio da pessoa dependente.

Cuidar anteriormente	nº	%
<b>Sim</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>
Não	0	0,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao número de horas semanais que os cuidadores informais necessitam para cuidar da pessoa dependente, constatamos que os cuidadores informais necessitam entre 10 a 168 horas semanais para cuidar da pessoa dependente, onde a média de cuidados se situa nas 93,54 horas semanais, e o desvio padrão nas 60,66 horas. A mediana situa-se nas 84,00 horas semanais (Tabela 16).

**Tabela 16** - Caracterização da amostra quanto às horas semanais necessárias para cuidar da pessoa dependente.

	n	Min	Máx	Média	D. P.	p25	p50	p75
<b>Horas de cuidados</b>	93	10	168	93,54	60,66	35,50	84,00	168,00

Relativamente à perceção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente nos autocuidados, constatamos que são na sua maioria parcialmente dependentes, assumindo maior representatividade no autocuidado “Alimentação” com 75,3%. Verifica-se ainda que nos autocuidados “Gestão de sintomas” e “Comunicação”, à semelhança da anterior, assumem a dependência parcial com 68,8% e 64,8% respetivamente. O autocuidado com maior representatividade de pessoas totalmente dependentes é “Higiene e conforto” com 57%, seguindo-se “Higiene sanitária” e “Vestir e despir” com 41,9% e 38,7% respetivamente. Salientamos que no autocuidado “Higiene sanitária”, ainda que 41,9% das pessoas sejam completamente dependentes, é

o autocuidado com maior representatividade de pessoas autónomas (18,3%), seguindo-se as “Transferências” com 17,2% (Tabela 17).

**Tabela 17** - Distribuição da amostra quanto à sua perceção sobre o grau de dependência da pessoa dependente por autocuidado.

Autocuidados	Independente		Parcialmente dependente		Totalmente dependente		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Alimentação	1	1,1	70	75,2	22	23,7	93	100,0
Higiene sanitária	<b>17</b>	<b>18,3</b>	37	39,8	39	41,9	93	100,0
Higiene e conforto	5	5,4	35	37,6	<b>53</b>	<b>57,0</b>	93	100,0
Mobilidade	13	14,0	51	54,8	29	31,2	93	100,0
Transferências	16	17,2	46	49,5	31	33,3	93	100,0
Vestir e despir	6	6,5	51	54,8	36	38,7	93	100,0
Tomar a medicação	9	9,6	54	58,1	30	32,3	93	100,0
Gestão de sintomas	2	2,2	64	68,8	27	29,0	93	100,0
Comunicação	16	17,2	60	64,5	17	18,3	93	100,0

No que concerne às informações recebidas pelo CI, verificamos o elevado número de cuidadores que não receberam nenhuma informação acerca dos temas em análise, onde se destaca os autocuidados “Vestir e despir” (84,9%), “Tomar banho” (83,9%) e “Alimentar-se” (78,5%). Por outro lado, verifica-se que todos os inquiridos referiram ter recebido informações acerca da “Doença”, dos quais 53 referiram ter recebido informações suficientes e 40 referiram que receberam algumas informações mas não as suficientes. Importa ainda salientar que os inquiridos referiram que lhes foram facultadas informações, consideradas necessárias sobre “Tomar a medicação” (58,1%) e sobre a “Doença” (57%) (Tabela 18).

**Tabela 18** - Distribuição das respostas da amostra quanto às informações recebidas sobre a doença, autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos.

Informações	As necessárias		Algumas mas não suficientes		Nenhumas		Não Aplicável	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Doença	<b>53</b>	<b>57,0</b>	40	43,0	-	-	-	-
Tomar banho	9	9,7	1	1,1	78	83,9	5	5,4
Vestir e despir	9	9,7	1	1,1	<b>79</b>	<b>84,9</b>	4	4,3
Alimentar-se	15	16,1	3	3,2	73	78,5	2	2,2
Usar o sanitário	11	11,8	1	1,1	67	72,0	14	15,1
Transferir-se	9	9,7	-	-	70	75,3	14	15,1
Andar	9	9,7	-	-	70	75,3	14	15,1
Tomar a medicação	54	58,1	21	22,6	16	17,2	2	2,2
Equipamento auxiliar	10	10,8	1	1,1	54	58,1	28	30,1
Serviços comunitários	29	31,2	27	29,0	37	39,8	-	-
Apoios económicos	19	20,4	15	16,1	59	63,4	-	-

Relativamente à identidade de quem prestou as informações ao CI, pela análise da Tabela 19, verifica-se que foram referidos fundamentalmente enfermeiros e médicos. Apesar das informações relativas à “Doença” e a “Tomar a medicação” terem sido fornecidas tanto pelo médico como pelo enfermeiro, foram os médicos os principais responsáveis pela transmissão destas informações, com percentagens de 90,3% e 64,5% respetivamente. Numa outra perspetiva, o enfermeiro destaca-se pela transmissão de informações relativas aos autocuidados “Alimentar-se” (15,1%) e “Usar o sanitário” (11,8%). Destaca-se ainda os outros profissionais como fonte de informação sobre “Serviços Comunitários” (45,2%) e “Apoios económicos” (34,3%).

**Tabela 19** - Distribuição das respostas da amostra sobre quem forneceu as informações relativas à doença, autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos.

Quem forneceu	Médico		Enfermeiro		Médico e Enfermeiro		Outro	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Doença</b>	<b>84</b>	<b>90,3</b>	-	-	9	9,7	-	-
<b>Tomar banho</b>	0	0,0	10	10,8	-	-	-	-
<b>Vestir e despir</b>	0	0,0	10	10,8	-	-	-	-
<b>Alimentar-se</b>	0	0,0	<b>14</b>	<b>15,1</b>	4	4,3	-	-
<b>Usar o sanitário</b>	1	1,1	11	11,8	-	-	-	-
<b>Transferir-se</b>	9	9,7	-	-	-	-	-	-
<b>Andar</b>	1	1,1	8	8,6	-	-	-	-
<b>Tomar a medicação</b>	60	64,5	2	2,2	13	14,0	-	-
<b>Equipamento auxiliar</b>	2	2,2	8	8,6	-	-	1	1,1
<b>Serviços comunitários</b>	2	2,2	11	11,8	1	1,1	42	45,2
<b>Apoios económicos</b>	1	1,1	1	1,1	-	-	32	34,3

### 3.3 NÍVEL DE SOBRECARGA DA AMOSTRA

Relativamente ao nível de sobrecarga do CI, o resultado é obtido através do somatório de todos os itens da escala, o qual varia entre 22 e 110, ou seja, quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. A pontuação da sobrecarga varia da seguinte forma: pontuação <46 indica sem sobrecarga, pontuação entre 46 e 56 mostra uma sobrecarga ligeira e pontuação >56 aponta para uma sobrecarga intensa (Sequeira, 2018). Como se pode constatar com a análise da Tabela 20, 58 (62,4%) dos cuidadores apresentam uma sobrecarga intensa, 22 (23,6%) uma sobrecarga ligeira e apenas 13 (14,0%) indicam estar sem sobrecarga. Ou seja, 80 (86,1%) dos cuidadores apresentam sobrecarga.

**Tabela 20** - Distribuição da amostra quanto ao nível de sobrecarga.

Níveis de sobrecarga	nº	%
Sem sobrecarga	13	14,0
Sobrecarga ligeira	22	23,6
<b>Sobrecarga intensa</b>	<b>58</b>	<b>62,4</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Observados os dados da Tabela 21, constatamos que a média da pontuação da sobrecarga total foi de 60,65, o que corresponde a uma sobrecarga intensa. Relativamente às dimensões da sobrecarga em estudo não nos é possível classificar o nível de sobrecarga dado que os autores da escala não apresentam valores de referência para cada dimensão. No entanto, através da análise da média ponderada (M. P.) de cada dimensão podemos constatar que a dimensão “Expectativas face ao cuidar” é a que apresenta maior média ponderada enquanto a dimensão “Relação interpessoal” é a que apresenta valor médio mais baixo.

**Tabela 21** - Caracterização da amostra quanto ao seu nível de sobrecarga.

Sobrecarga do CI	n	Min	Máx	Média	M. P.	D. P.	p25	p50	p75
<b>Sobrecarga total</b>	93	27,00	89,00	<b>60,65</b>	2,75	13,046	51,5	60,0	71,5
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	93	11,00	50,00	30,44	2,76	8,963	24,0	31,0	37,0
<b>Relação interpessoal</b>	93	5,00	19,00	9,83	<b>1,96</b>	3,190	7,0	9,0	12,0
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	93	7,00	20,00	15,81	<b>3,95</b>	2,612	14,5	16,0	18,0
<b>Perceção da autoeficácia</b>	93	2,00	8,00	4,55	2,27	2,002	2,0	5,0	6,0

### 3.4 HIPÓTESES EM ESTUDO

**Hipótese 1:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o sexo.

De acordo com a Tabela 22, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga total do CI entre os participantes do sexo masculino e do sexo feminino ( $p > 0,05$ ). Também se constata que não existem diferenças estatisticamente significativas das dimensões da sobrecarga do CI dos participantes em função do sexo ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 22** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função do sexo (n=93).

Sobrecarga do cuidador	Sexo	n	Média	Média de rank	U	p
<b>Sobrecarga total</b>	Masculino	16	61,93	50,91	553,500	0,524
	Feminino	77	60,39	46,19		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Masculino	16	30,93	49,28	579,500	0,710
	Feminino	77	30,33	46,53		
<b>Relação interpessoal</b>	Masculino	16	10,12	51,84	538,500	0,427
	Feminino	77	9,77	45,99		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Masculino	16	16,25	53,81	507,000	0,263
	Feminino	77	15,72	45,58		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Masculino	16	4,62	47,25	612,000	0,967

**Hipótese 2** - Existe correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a idade.

De acordo com a Tabela 23, constatamos que não existem correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga total e a idade do CI ( $p > 0,05$ ). Também se verifica que não existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da sobrecarga do CI e a idade ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 23** - Correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a idade.

	<b>Sobrecarga total</b>		<b>Impacto da prestação de cuidados</b>		<b>Relação interpessoal</b>		<b>Expectativas face ao cuidar</b>		<b>Perceção da autoeficácia</b>	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Idade</b>	0,019	0,859	0,056	0,592	-0,010	0,926	0,052	0,617	0,002	0,987

**Hipótese 3:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de parentesco com a pessoa dependente.

De acordo com a Tabela 24, verificamos que o total dos participantes são 91. Foram excluídos os dois cuidadores, que são amigos, por ser um número reduzido e por não apresentarem grau de parentesco com a pessoa dependente. Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga total do CI entre os participantes em função do grau de parentesco ( $p>0,05$ ). Verificamos igualmente que não existem diferenças estatisticamente significativas das dimensões da sobrecarga do CI entre os participantes em função do grau de parentesco ( $p>0,05$ ).

**Tabela 24** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função do grau de parentesco com a pessoa dependente (n=91).

Sobrecarga do cuidador	Grau de parentesco	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Cônjuge	16	60,43	43,13	0,329	0,848
	Filho(a)	60	61,13	47,09		
	Outro familiar	15	60,86	44,70		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Cônjuge	16	30,25	43,69	0,220	0,896
	Filho(a)	60	30,80	46,90		
	Outro familiar	15	30,13	44,87		
<b>Relação interpessoal</b>	Cônjuge	16	9,06	38,84	2,782	0,249
	Filho(a)	60	9,81	45,78		
	Outro familiar	15	11,00	54,53		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Cônjuge	16	16,18	48,56	1,678	0,432
	Filho(a)	60	15,98	47,30		
	Outro familiar	15	15,13	38,07		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Cônjuge	16	4,93	50,50	0,596	0,742
	Filho(a)	60	4,53	44,90		
	Outro familiar	15	4,60	45,60		

**Hipótese 4:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com as habilitações literárias.

De acordo com a Tabela 25, constatamos que o total dos participantes são 92. Foi excluído um cuidador, por ter referido outra formação, sem a especificar. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga do CI entre os participantes em função das habilitações literárias ( $p>0,05$ ). Verificamos igualmente que não existem diferenças estatisticamente significativas das dimensões da sobrecarga do CI entre os participantes em função das habilitações literárias ( $p>0,05$ ).

**Tabela 25** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função das habilitações literárias (n=92).  
(continua)

Sobrecarga do cuidador	Habilitações literárias	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	1ºciclo	31	60,74	45,90	9,350	0,053
	2ºciclo	13	59,46	41,77		
	3ºciclo	24	63,70	52,48		
	Ensino secundário	15	64,53	55,40		
	Ensino superior	9	49,66	24,61		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	1ºciclo	31	30,32	45,58	9,338	0,053
	2ºciclo	13	28,69	38,85		
	3ºciclo	24	33,37	51,92		
	Ensino secundário	15	33,93	57,77		
	Ensino superior	9	24,11	27,50		
<b>Relação interpessoal</b>	1ºciclo	31	9,70	46,58	5,244	0,263
	2ºciclo	13	9,84	46,50		
	3ºciclo	24	10,41	48,85		
	Ensino secundário	15	10,66	53,27		
	Ensino superior	9	7,77	28,67		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	1ºciclo	31	16,35	52,00	7,623	0,106
	2ºciclo	13	15,84	46,58		
	3ºciclo	24	16,29	51,50		
	Ensino secundário	15	15,06	36,93		

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Habilitações literárias	n	Média	Média de rank	H	p
	Ensino superior	9	13,88	30,06		
Perceção da autoeficácia	1ºciclo	31	4,35	43,42		
	2ºciclo	13	5,07	53,92		
	3ºciclo	24	4,62	47,10	2,670	0,615
	Ensino secundário	15	4,86	50,30		
	Ensino superior	9	3,88	38,44		

**Hipótese 5:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a situação profissional.

De acordo com a Tabela 26 verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga do CI entre os participantes em função da situação profissional ( $p>0,05$ ). Verificamos também que não existem diferenças estatisticamente significativas das dimensões da sobrecarga do CI entre os participantes em função da situação profissional ( $p>0,05$ ).

**Tabela 26** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da situação profissional (n=93).

(continua)

Sobrecarga do cuidador	Situação profissional	n	Média	Média de rank	H	p
Sobrecarga total	Trabalho conta própria	8	55,75	38,63		
	Trabalho por conta de outra pessoa	29	60,31	45,98		
	Reformado(a)	30	62,63	50,82	1,511	0,825
	Doméstica	19	59,94	45,39		
	Estudante ou desempregado	7	61,14	48,79		
Impacto da prestação de cuidados	Trabalho conta própria	8	26,37	36,50		
	Trabalho por conta de outra pessoa	29	30,96	47,64		
	Reformado(a)	30	31,46	50,25	1,752	0,781
	Doméstica	19	29,52	45,18		
	Estudante ou desempregado	7	31,00	47,36		

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Situação profissional	n	Média	Média de rank	H	p
Relação interpessoal	Trabalho conta própria	8	9,75	45,00	2,360	0,670
	Trabalho por conta de outra pessoa	29	9,75	47,40		
	Reformado(a)	30	10,43	52,00		
	Doméstica	19	9,42	42,55		
	Estudante ou desempregado	7	8,85	38,29		
Expectativas face ao cuidar	Trabalho conta própria	8	14,75	34,75	5,308	0,257
	Trabalho por conta de outra pessoa	29	15,13	41,09		
	Reformado(a)	30	16,10	49,95		
	Doméstica	19	16,47	53,00		
	Estudante ou desempregado	7	16,85	56,57		
Perceção da autoeficácia	Trabalho conta própria	8	4,87	51,56	0,326	0,988
	Trabalho por conta de outra pessoa	29	4,44	45,81		
	Reformado(a)	30	4,63	47,48		
	Doméstica	19	4,52	46,55		
	Estudante ou desempregado	7	4,42	45,86		

**Hipótese 6:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a existência de ajuda para cuidar.

De acordo com a Tabela 27, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga do CI entre os participantes que tiveram ajuda e os que não tiveram ajuda ( $p > 0,05$ ). Constatamos também que não existem diferenças estatisticamente significativas das dimensões da sobrecarga do CI entre os participantes que tiveram ajuda e os que não tiveram ajuda ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 27** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da existência de ajuda para cuidar (n=93).

(continua)

Sobrecarga do cuidador	Ajuda para cuidar	n	Média	Média de rank	U	p
<b>Sobrecarga total</b>	Sim	53	58,50	42,90	842,500	0,091

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Ajuda para cuidar	n	Média	Média de rank	U	p
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Não	40	63,50	52,44	892,500	0,193
	Sim	53	29,22	43,84		
<b>Relação interpessoal</b>	Não	40	32,05	51,19	967,000	0,467
	Sim	53	9,56	45,25		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Não	40	16,37	52,81	827,500	0,069
	Sim	53	15,39	42,61		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Não	40	4,87	50,59	916,500	0,257
	Sim	53	4,32	44,29		

**Hipótese 7:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com a coabitação com a pessoa dependente.

De acordo com a Tabela 28, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas da sobrecarga do CI entre os participantes que vivem com a pessoa dependente e os que não vivem ( $p > 0,05$ ). Porém, destacamos a existência de diferenças estatisticamente muito significativas da dimensão da sobrecarga “Expectativas face ao cuidar” do CI entre os participantes que vivem com a pessoa dependente e os que não vivem ( $p = 0,016$ ). Ou seja, os cuidadores que coabitam com a pessoa dependente têm maior sobrecarga na dimensão “Expectativas face ao cuidar” do que os cuidadores que não coabitam com a pessoa dependente.

**Tabela 28** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI, e suas dimensões, em função da coabitação com a pessoa dependente (n=93).  
(continua)

Sobrecarga do cuidador	Coabitação	n	Média	Média de rank	U	p
<b>Sobrecarga total</b>	Sim	59	60,88	46,90	997,000	0,962
	Não	34	60,26	47,18		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Sim	59	30,45	46,76	989,000	0,911
	Não	34	30,41	47,41		
<b>Relação interpessoal</b>	Sim	59	9,57	45,12	892,000	0,372
	Não	34	10,29	50,26		

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Coabitação	n	Média	Média de rank	U	p
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Sim	59	16,27	52,08	703,00	<b>0,016</b>
	Não	34	15,02	38,18		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Sim	59	4,57	47,03	1001,000	0,987
	Não	34	4,52	46,94		

**Hipótese 8:** Existe correlação entre a sobrecarga do CI, e suas dimensões, e a média de horas semanais que o cuidador necessita para prestar cuidados.

De acordo com a Tabela 29, constatamos que não existem correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga total e a média de horas semanais que o CI necessita para prestar cuidados ( $p > 0,05$ ). Também se verifica que não existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões “Impacto da prestação de cuidados”, “Relação interpessoal” e “Perceção da autoeficácia” e a média de horas semanais para cuidar ( $p > 0,05$ ). Verificamos, porém, que existem correlações positivas muito significativas entre a dimensão “Expectativas face ao cuidar” e a média de horas semanais para cuidar [ $r_s(93) = 0,278$ ,  $p < 0,007$ ], ou seja, quanto maior o número de horas semanais despendidas para cuidar, maior será a sobrecarga por medos e receios do CI.

**Tabela 29** - Correlação entre sobrecarga do CI, e suas dimensões, e média de horas semanais para cuidar.

	Sobrecarga total		Impacto da prestação de cuidados		Relação interpessoal		Expectativas face ao cuidar		Perceção da autoeficácia	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Média de horas semanais para cuidar</b>	0,177	0,089	0,156	0,135	0,079	0,450	<b>0,278</b>	<b>0,007</b>	0,012	0,905

**Hipótese 10:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado alimentação.

Não foi efetuado o estudo para testar esta hipótese devido ao facto de não haver representatividade no grau de dependência “Independente” (apenas existe uma pessoa independente neste autocuidado).

**Hipótese 11:** A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária.

Analisando a Tabela 30, verificamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a sobrecarga total ( $p=0,001$ ) do CI, as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” ( $p=0,003$ ) e “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,000$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência na higiene sanitária.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência na higiene sanitária.

Existem também diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Relação interpessoal” ( $p=0,041$ ) e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária. Ou seja, os cuidadores que cuidam de pessoas com dependência parcial na higiene sanitária, têm maior sobrecarga na dimensão “Relação interpessoal” do que os cuidadores que cuidam de pessoas totalmente dependentes ou sem dependência neste autocuidado.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Perceção da autoeficácia” e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária ( $p>0,05$ ).

**Tabela 30** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene sanitária (n=93).  
(continua)  
(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Higiene sanitária	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	17	49,29	24,12	14,990	<b>0,001</b>
	Parcialmente dependente	37	62,83	51,62		
	Totalmente dependente	39	63,53	52,59		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	17	23,41	26,65	11,910	<b>0,003</b>
	Parcialmente dependente	37	31,59	50,78		
	Totalmente dependente	39	32,41	52,28		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	17	8,17	33,44	6,372	<b>0,041</b>
	Parcialmente dependente	37	10,56	53,26		
	Totalmente dependente	39	9,87	46,97		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	17	13,35	23,47	17,111	<b>0,000</b>
	Parcialmente dependente	37	16,05	49,07		
	Totalmente dependente	39	16,66	55,29		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	17	4,35	44,74	0,158	0,924
	Parcialmente dependente	37	4,62	47,28		
	Totalmente dependente	39	4,58	47,72		

**Hipótese 12** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto.

Segundo a Tabela 31, constatamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a sobrecarga total ( $p=0,000$ ) do CI, as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” ( $p=0,000$ ), “Relação interpessoal” ( $p=0,009$ ) e “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,000$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência na higiene e conforto.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência na higiene e conforto.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Perceção da autoeficácia” e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto ( $p>0,05$ ).

**Tabela 31** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado higiene e conforto (n=93).

Sobrecarga do cuidador	Higiene e conforto	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	5	41,00	12,60	18,223	<b>0,000</b>
	Parcialmente dependente	35	56,48	37,97		
	Totalmente dependente	53	65,26	56,21		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	5	18,00	14,10	16,412	<b>0,000</b>
	Parcialmente dependente	35	27,71	38,53		
	Totalmente dependente	53	33,37	55,70		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	5	7,20	24,30	9,492	<b>0,009</b>
	Parcialmente dependente	35	9,02	39,90		
	Totalmente dependente	53	10,62	53,83		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	5	12,20	16,20	13,794	<b>0,001</b>
	Parcialmente dependente	35	15,17	39,60		
	Totalmente dependente	53	16,58	54,79		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	5	3,60	34,00	1,401	0,496
	Parcialmente dependente	35	4,51	46,54		
	Totalmente dependente	53	4,67	48,53		

**Hipótese 13** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade.

Segundo a Tabela 32, verificamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a sobrecarga total ( $p=0,010$ ) do CI, as dimensões “Impacto da

prestação de cuidados” ( $p=0,013$ ) e “Relação interpessoal” ( $p=0,017$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência na mobilidade.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência na mobilidade.

Existem também diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,29$ ) e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Perceção da autoeficácia” e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade ( $p>0,05$ ).

**Tabela 32** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado mobilidade ( $n=93$ ).  
(continua)

Sobrecarga do cuidador	Mobilidade	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	13	49,61	26,62		
	Parcialmente dependente	51	62,86	51,21	9,184	<b>0,010</b>
	Totalmente dependente	29	61,72	48,97		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	13	23,30	26,62		
	Parcialmente dependente	51	31,84	51,04	8,739	<b>0,013</b>
	Totalmente dependente	29	31,17	49,03		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	13	8,07	31,31		
	Parcialmente dependente	51	10,58	53,47	8,197	<b>0,017</b>
	Totalmente dependente	29	9,31	42,66		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	13	14,46	34,54		
	Parcialmente dependente	51	15,58	44,61	7,110	<b>0,029</b>
	Totalmente dependente	29	16,82	56,79		

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Mobilidade	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	13	3,76	37,50	2,722	0,256
	Parcialmente dependente	51	4,84	50,49		
	Totalmente dependente	29	4,41	45,12		

**Hipótese 14** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências.

Analisando a Tabela 33, verificamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a sobrecarga total ( $p=0,000$ ) do CI, as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” ( $p=0,000$ ), “Relação interpessoal” ( $p=0,012$ ) e “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,001$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência nas transferências.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência nas transferências.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Perceção da autoeficácia” e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências ( $p>0,05$ ).

**Tabela 33** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado transferências (n=93).  
 (continua)

Sobrecarga do cuidador	Transferências	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	16	46,43	19,97	20,115	<b>0,000</b>
	Parcialmente dependente	46	64,73	54,75		
	Totalmente dependente	31	61,93	49,45		

(continuação)

Sobrecarga do cuidador	Transferências	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	16	21,12	20,84	18,986	<b>0,000</b>
	Parcialmente dependente	46	33,17	54,70		
	Totalmente dependente	31	31,19	49,08		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	16	8,00	32,00	8,791	<b>0,012</b>
	Parcialmente dependente	46	10,76	54,26		
	Totalmente dependente	31	9,41	43,97		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	16	13,68	26,06	13,800	<b>0,001</b>
	Parcialmente dependente	46	15,89	47,84		
	Totalmente dependente	31	16,80	56,56		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	16	3,62	34,50	5,040	0,080
	Parcialmente dependente	46	4,91	51,67		
	Totalmente dependente	31	4,51	46,52		

**Hipótese 15** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir.

Analisando a Tabela 34, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga total ( $p=0,038$ ) do CI e a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” ( $p=0,047$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir. Existem também diferenças estatisticamente muito significativas entre a dimensão “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,001$ ) e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência no vestir e despir.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência no vestir e despir.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões “Relação interpessoal e “Perceção da autoeficácia”, e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir ( $p>0,05$ ).

**Tabela 34** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado vestir e despir (n=93).

Sobrecarga do cuidador	Vestir e despir	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	6	47,50	23,08		
	Parcialmente dependente	51	60,17	45,68	6,537	<b>0,038</b>
	Totalmente dependente	36	63,52	52,86		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	6	22,16	24,08		
	Parcialmente dependente	51	30,03	45,76	6,111	<b>0,047</b>
	Totalmente dependente	36	32,38	52,76		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	6	8,50	36,25		
	Parcialmente dependente	51	10,03	48,15	1,061	0,588
	Totalmente dependente	36	9,77	47,17		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	6	12,00	15,75		
	Parcialmente dependente	51	15,56	43,94	13,425	<b>0,001</b>
	Totalmente dependente	36	16,80	56,54		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	6	4,83	52,75		
	Parcialmente dependente	51	4,52	46,47	0,307	0,858
	Totalmente dependente	36	4,55	46,79		

**Hipótese 16** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação.

Segundo a Tabela 35, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga total ( $p>0,05$ ) do CI e as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” ( $p>0,05$ ), “Relação interpessoal” ( $p>0,05$ ) e “Perceção da autoeficácia”, e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação. Porém, existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “Expectativas face ao cuidar” ( $p=0,042$ ) e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência em tomar a medicação.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Expectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência na toma da medicação

**Tabela 35** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado tomar a medicação (n=93).

Sobrecarga do cuidador	Tomar a medicação	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	9	52,88	34,00	2,314	0,314
	Parcialmente dependente	54	61,46	48,33		
	Totalmente dependente	30	61,53	48,50		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	9	25,88	35,06	1,963	0,375
	Parcialmente dependente	54	30,83	48,08		
	Totalmente dependente	30	31,10	48,63		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	9	10,00	47,00	1,259	0,533
	Parcialmente dependente	54	10,12	49,44		
	Totalmente dependente	30	9,26	42,60		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	9	13,88	30,22	6,344	<b>0,042</b>
	Parcialmente dependente	54	15,66	43,41		
	Totalmente dependente	30	16,66	54,90		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	9	3,11	28,72	5,238	0,073
	Parcialmente dependente	54	4,83	50,42		
	Totalmente dependente	30	4,50	46,33		

**Hipótese 17** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado gestão de sintomas.

À semelhança do autocuidado “Alimentação”, não foi efetuado o estudo para testar esta hipótese devido ao facto de não haver representatividade no grau de dependência “Independente” (apenas existem duas pessoas independentes neste autocuidado).

**Hipótese 18** – A sobrecarga do CI, e suas dimensões, está relacionada com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado comunicação.

Analisando a Tabela 36, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga total ( $p>0,05$ ) do CI e a quatro dimensões da sobrecarga ( $p>0,05$ ), e o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado comunicação.

Constatamos que os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis de sobrecarga totais maiores dos que cuidam de pessoas sem dependência na comunicação.

Os cuidadores que cuidam de pessoas parcialmente e totalmente dependentes apresentam níveis maiores de sobrecarga nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Espectativas face ao cuidar”, em relação aos que cuidam de pessoas sem dependência na comunicação.

**Tabela 36** - Estudo comparativo da sobrecarga do CI em função do grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado comunicação (n=93).  
(continua)

Sobrecarga do cuidador	Comunicação	n	Média	Média de rank	H	p
<b>Sobrecarga total</b>	Independente	16	57,18	39,78	1,507	0,471
	Parcialmente dependente	60	61,10	47,93		
	Totalmente dependente	17	62,35	50,53		
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	Independente	16	28,62	42,13	0,921	0,631
	Parcialmente dependente	60	30,55	47,13		
	Totalmente dependente	17	31,76	51,12		
<b>Relação interpessoal</b>	Independente	16	9,75	46,06	0,465	0,792
	Parcialmente dependente	60	9,98	48,28		
	Totalmente dependente	17	9,41	43,38		
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Independente	16	14,93	36,16	5,335	0,069

(continuação)

<b>Sobrecarga do cuidador</b>	<b>Comunicação</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Média de rank</b>	<b>H</b>	<b>p</b>
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	Parcialmente dependente	60	15,75	46,87	5,335	0,069
	Totalmente dependente	17	16,88	57,68		
<b>Perceção da autoeficácia</b>	Independente	16	3,87	37,88	3,105	0,212
	Parcialmente dependente	60	4,81	50,33		
	Totalmente dependente	17	4,29	43,85		

#### 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se fazer a interpretação e discussão dos resultados, tendo por base a literatura usada para a realização do enquadramento teórico. Esta análise seguirá a sequência da apresentação dos dados no capítulo anterior.

No que respeita à caracterização da pessoa dependente, constata-se que as 93 pessoas dependentes deste estudo têm idades compreendidas entre os 23 e os 98 anos, as quais apresentam uma média de idade de 80,9 anos. Estes dados são corroborados pelos estudos de Paschoal (2000), Karsch (2003), Ávila (2004) e Pavarini & Neri (2005), os quais afirmam que a dependência está relacionada com as limitações que surgem com o envelhecimento e com predomínio de doenças crónicas.

Relativamente ao sexo da pessoa dependente, constatamos que existe uma distribuição semelhante entre homens e mulheres. 50,5% pertencem ao sexo masculino e 49,5% ao sexo feminino. Estes resultados não estão de acordo ao estudo efetuado por Amaral & Vicente (2000) que referem que a grande maioria dos idosos dependentes é constituída por mulheres.

Quanto às causas da ida da pessoa dependente ao SUG, e para facilitar o tratamento dos dados relativos a esta questão, optou-se por agrupar as causas de ida tendo em conta os 50 fluxogramas existentes na Triagem de Manchester. Os resultados deste estudo evidenciam que a maioria das pessoas dependentes recorreu por dispneia (37,9%) e indisposição no adulto (33,6%). O facto de haver maior representatividade de pessoas que procuraram o SUG por dispneia, poderá estar relacionada com o período do ano em que foi feita a colheita de dados, que neste caso ocorreu durante o mês de fevereiro, em pleno inverno e em pleno pico da gripe. Sendo as crianças, idosos e portadores de doenças crónicas os mais suscetíveis ao desenvolvimento de afeções respiratórias, não será de admirar os resultados obtidos.

Relativamente aos dias de permanência no SUG à data da entrevista, constatamos que variam entre um e quatro dias, sendo a média de 1,59 dias. Estes dados sugerem-nos que os doentes permanecem na urgência mais tempo que o preconizado (24 horas), o que poderá ser explicado pela grande afluência de doentes a este SU durante o mês de fevereiro, resultando no conseqüente atraso no encaminhamento dos doentes.

Relativamente à dependência prévia das pessoas dependentes participantes neste estudo, tendo em conta a perspectiva dos seus cuidadores, constata-se que 92 (98,92%) são

dependentes em todos os autocuidados, sendo apenas uma (1,08%) dependente apenas na gestão de sintomas.

No que respeita ao perfil do CI, verificamos que na sua maioria os cuidadores são do sexo feminino (82,8%), o que vai ao encontro da literatura consultada (Fernandes et al., 2002; Collière, 2003; Grelha, 2009; Sequeira, 2018). Culturalmente, a sociedade responsabiliza a mulher pelo papel de cuidar, consequência de construções históricas e sociais (Collière, 2003). A mulher é, segundo Grelha (2009) e Sequeira (2018), o elemento da família responsável pelas tarefas domésticas e pelos cuidados prestados a pessoas dependentes. De salientar que as mulheres acabam por ter a função de cuidadores dificultada pelo facto de socialmente terem de acumular cada vez mais funções, como ser mãe, esposa e profissional.

Os cuidadores informais deste estudo apresentam idades que se situam entre os 20 e os 82 anos e uma média de idade de 56,32 anos, corroborando autores como Brito (2002), que refere que os cuidadores informais são maioritariamente adultos com idades superiores a 40 anos; ou Grelha (2009) que refere que os cuidados são habitualmente assegurados por pessoas com uma média etária entre os 45-60 anos; ou Silva et al. (2011), que afirmam que a maioria dos cuidadores apresenta um intervalo de idades entre 31 e 90 anos.

Quanto ao grau de parentesco com a pessoa dependente, nesta amostra prevaleceu a condição de filho (a) (64,5%), seguido dos cônjuges (17,2%) e outros graus de parentesco (10,8%) o que sugere que a responsabilidade de cuidador geralmente recai sobre os familiares mais próximos. Esta evidência vai ao encontro do estudo realizado por Félix (2008), que refere que os cuidados à pessoa dependente são prestados principalmente pelos filhos, seguidos dos cônjuges, e por fim das noras e genros. Também Cachada (2014) e Sequeira (2018) referem que o CI é geralmente um familiar próximo, e que quando a pessoa dependente é casada, o cônjuge assume o papel de CI, sublinhando que muitas vezes o cônjuge também é um idoso com alguma incapacidade, que simultaneamente presta e recebe cuidados. Por outro lado, o mesmo autor afirma que na ausência de cônjuge, são os filhos que assumem o papel de cuidadores.

No que respeita às habilitações literárias dos cuidadores, este estudo revelou que 47,3% só possui o 1º e 2º ciclo, indo de encontro aos estudos consultados que defendem que o CI apresenta um baixo nível de escolaridade (Brito, 2002; Santos, 2008; Ferreira, 2008;

Silva et al., 2011; Sequeira, 2018). Por outro lado, apesar da maioria dos cuidadores deste estudo apresentar uma baixa escolaridade, temos cerca de 24 (25,8%) cuidadores que possuem o ensino secundário e/ou formação superior, o que mostra um aumento da literacia e um crescente número de pessoas que prosseguem os estudos para além da escolaridade obrigatória.

Quanto à situação profissional do CI, constatamos que 39,8% referiram trabalhar por conta própria ou de outra pessoa e 20,4% referiram ser domésticos. Verificamos também que 32,3% dos cuidadores informais referiram estar reformados. Estes resultados não são concordantes com o estudo de Sequeira (2018), que refere que a maioria dos cuidadores encontra-se reformada. Por outro lado, o mesmo autor e Rolo (2008) referem que quando o CI apresenta uma atividade profissional, a que predomina é a atividade de domésticos, o que também não está de acordo com os nossos resultados que revelam que a maioria dos cuidadores trabalha por conta própria ou de outra pessoa.

Relativamente à existência de ajuda para cuidar da pessoa dependente, este estudo revela que 57% dos cuidadores informais referem ter ajuda de outras pessoas para cuidar, contrariando assim, alguns autores como Brito (2002), Santos (2005) e Sequeira (2018), que nos seus estudos referem que a maioria dos cuidadores informais presta cuidados sem qualquer tipo de apoio ou ajuda.

No que respeita à coabitação com a pessoa dependente, 63,4% dos cuidadores responderam que vivem com a pessoa dependente. Esta evidência corrobora os estudos da ERS (2016) e de Sequeira (2018), que afirmam que a maioria dos cuidadores coabita com a pessoa dependente. Por outro lado, os resultados deste estudo contrariam Figueiredo (2007) que no seu estudo refere que a maioria dos cuidadores vive próximo da pessoa dependente. Se por um lado, a coabitação pode ser benéfica para a pessoa cuidada, já que poderá ter o CI ao seu dispor no imediato, por outro lado, a coabitação poderá ser prejudicial para o CI, pois esta poderá implicar a perda de liberdade e privacidade, restringindo o tempo de lazer e a vida social.

Quanto à média de horas semanais que o CI necessita para cuidar da pessoa dependente, constata-se neste estudo que os cuidadores necessitam entre 10 a 168 horas semanais para cuidar da pessoa dependente, onde a média de horas de cuidados se situa nas 93,54 horas semanais, ou seja, cerca de 13,37 horas diárias. Estes resultados não vão ao encontro da literatura consultada pois, segundo Ferreira (2008), a maioria dos

cuidadores despende cerca de 18 a 24 horas diárias na prestação de cuidados, enquanto que Santos (2008) revela uma média de 16 a 19 horas dedicadas aos cuidados.

Relativamente ao grau de dependência da pessoa dependente nos autocuidados, tendo em conta a perceção do CI, os dados obtidos revelam que os cuidadores consideram que as pessoas dependentes são na sua maioria parcialmente dependentes, representando o autocuidado “Alimentação” 75,3%, a Gestão de sintomas” 68,8% e “Comunicação” 64,8%. Os dados também revelam que os cuidadores consideram que as pessoas dependentes são totalmente dependentes na “Higiene e conforto” com 57%, seguindo-se o autocuidado “Higiene sanitária” e “Vestir e despir” com 41,9% e 38,7% respetivamente. Salientamos que no autocuidado “Higiene sanitária”, ainda que 41,9% das pessoas sejam completamente dependentes, é o autocuidado com maior representatividade de pessoas autónomas (18,3%), seguindo-se o autocuidado “Transferências” com 17,2%. Estes resultados demonstram que as pessoas dependentes deste estudo apresentam maior dependência em áreas que exigem maior esforço físico por parte do CI aquando da prestação de cuidados, como é o caso da “Higiene e conforto”, “Higiene sanitária” e “Vestir e despir”.

Confrontando os resultados da questão anterior com os resultados obtidos da questão de resposta aberta realizada aos cuidadores no início da entrevista “Em que áreas a pessoa é dependente?”, constatamos que há uma grande discrepância nas respostas, já que nesta questão aberta, 92 cuidadores responderam que a pessoa que cuidam é dependente em todas as áreas. Na questão relativa à sua perceção sobre o grau de dependência da pessoa dependente, onde lhe são apresentados as áreas de autocuidados, foram vários os cuidadores que responderam que a pessoa que cuidam não apresentam dependência em várias áreas, como “Higiene sanitária”, “Transferências”, “Mobilidade” e “Comunicação”. Esta discrepância de resultados poderá ser explicada pelo facto de na primeira questão não terem sido dadas opções de resposta ao entrevistado (pois tratava-se de uma questão de resposta aberta), e na questão relativa à sua perceção sobre o grau de dependência da pessoa cuidada, foram dadas opções de resposta, onde se enumeraram todas as áreas de dependência, bem como, as opções de grau de dependência.

No que respeita às informações recebidas pelo CI, relativas à doença, autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos, verifica-se o elevado número de cuidadores que não receberam nenhuma informação acerca dos temas em análise, onde

se destacam os autocuidados “Vestir e despir” (84,9%), “Tomar banho” (83,9%) e “Alimentar-se” (78,5%). Por outro lado, verifica-se que todos os inquiridos referiram ter recebido informações acerca da “Doença”, dos quais 53 referiram ter recebido informações suficientes e 40 referiram que receberam algumas informações mas não as suficientes. Estes dados contrariam o preconizado por diversos autores, como Fernandes et al. (2002) que afirmam que deverão ser fornecidas informações, esclarecimentos e educação aos cuidadores para que estes prestem cuidados adequados. Por sua vez, Lopes (2006) refere ser prioritário a preparação adequada das pessoas que vão assumir o papel de CI, para que estes prestem bons cuidados à pessoa dependente. Esta ideia é reforçada por Cesar & Santos (2005), Hoffmann & Cochrane (2009), Andrade (2009), Rebelo (2012) e Sequeira (2018) que sublinham a importância da capacitação do CI através da educação para a saúde e divulgação de informação junto deste, para que possa prestar cuidados de qualidade. Dado que existe uma grande percentagem de cuidadores que afirma não ter recebido informações relativas aos autocuidados, e sendo um tema cuja competência de ensino passa fundamentalmente pelo enfermeiro, será imperativo perceber o que está a falhar e corrigir essas falhas, indo de encontro às necessidades formativas dos cuidadores, capacitando-os de forma a lhes conferir competências para que prestem bons cuidados e em segurança.

Relativamente à identidade de quem prestou estas informações ao CI, verificou-se que foram referidos fundamentalmente enfermeiros e médicos. Apesar das informações relativas à “Doença” e a “Tomar a medicação” terem sido fornecidas tanto pelo médico como pelo enfermeiro, foram os médicos os principais responsáveis pela transmissão destas informações, com percentagens de 90,3% e 64,5% respetivamente. Numa outra perspetiva, o enfermeiro destaca-se pela transmissão de informações relativas aos autocuidados “Tomar banho”, Vestir e despir”, “Alimentar-se”, “Usar o sanitário”, “Andar” e “Equipamento auxiliar”. Destaca-se ainda outros profissionais como fonte de informação sobre “Serviços Comunitários” e “Apoios económicos”. Apesar destes dados nos revelarem a existências de várias fontes de informação (médico, enfermeiro, outros), há que sublinhar o papel do enfermeiro como transmissor de informações relativas aos autocuidados referidos anteriormente. Estes dados são corroborados pelos estudos de Fernandes et al. (2002), Bicalho et al. (2008), Lopes (2006), Coleman & Roman (2015), Landeiro et al. (2016) e Sequeira (2018), os quais sublinham que a

Enfermagem assume um papel principal no processo de capacitação e transmissão de informação ao CI.

Dado que o presente estudo também teve como objetivo o estudo da sobrecarga do CI da pessoa dependente no autocuidado, verificámos que os níveis de sobrecarga total dos cuidadores se situam nos 60,65, o que corresponde a uma sobrecarga intensa. A distribuição da amostra quanto aos níveis de sobrecarga mostra-nos que 62,4% dos cuidadores apresentam uma sobrecarga intensa e 23,6% uma sobrecarga ligeira. Apenas 14,0% não apresentam sobrecarga. Estes resultados reforçam as evidências prévias da literatura que sugerem a existência de sobrecarga entre os cuidadores (Fernandes et al., 2002; Yeh et al., 2002; Martins et al., 2003; Pereira & Filgueiras, 2009).

Relacionando a sobrecarga, e suas dimensões, com o género dos cuidadores, os resultados deste estudo demonstraram não haver relação entre estas variáveis, indo de encontro aos estudos de Santos (2004) e Castro (2013), que afirmam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da sobrecarga entre homens e mulheres. Por outro lado, os resultados obtidos contrariam os estudos de Zarit & Zarit (2007), Marques (2007), Eppers et al. (2008) e Ricarte (2009), que defendem que as mulheres apresentam maiores níveis de sobrecarga comparativamente com os homens.

Relativamente ao estudo da correlação entre a sobrecarga, e suas dimensões, e a idade dos cuidadores, os resultados evidenciaram também não haver correlação entre estas variáveis, corroborando os estudos de Santos (2005) e Oliveira (2012) que referem não haver evidência que a idade influencie os níveis de sobrecarga. Noutra perspetiva, os resultados obtidos contrariam os estudos de Santos (2005) e Cristina et al. (2012) que referem que os cuidadores mais velhos são mais vulneráveis, sendo por isso mais suscetíveis à sobrecarga; e o estudo de Marques (2007) que, contrariamente aos anteriores, considera que os cuidadores mais jovens evidenciam mais dificuldades na resolução de problemas, apresentando por isso maiores níveis de sobrecarga.

Relacionando a sobrecarga, e suas dimensões, com o grau de parentesco entre os cuidadores e a pessoas dependentes, os resultados deste estudo demonstraram não haver relação entre estas variáveis em estudo, o que vem contrariar os estudos de vários autores (Santos, 2004; Santos, 2005; Cristina et al., 2012). Estes autores referem que os cônjuges apresentam maior nível de sobrecarga quando comparados com os filhos ou genros/noras, justificando com o facto dos cônjuges valorizarem mais as situações de

dependência e suas repercursões na qualidade de vida, enquanto que os filhos ou os genros/noras valorizam mais a família nuclear e o trabalho. Contrariamente a esta conceção, Lage (2007) e Marques (2007) afirmam que aos cônjuges, pela sua relação de maior proximidade com a pessoa dependente, apresentam menos sobrecarga comparativamente aos filhos, os quais, segundo estes autores, sentem um maior impacto do cuidado.

No que respeita à relação da sobrecarga, e suas dimensões, com as habilitações literárias do CI, os resultados revelam não haver relação entre estas variáveis em estudo, corroborando o estudo de Santos (2005) o qual também não encontrou qualquer relação entre as habilitações literárias e a sobrecarga do CI. Por outro lado, os nossos resultados contrariam a opinião de outros autores, tais como, Santos (2004) e Papastavrou et al. (2007), os quais afirmam que os cuidadores com maior escolaridade apresentam níveis mais baixos de sobrecarga, pois possuem mais conhecimentos sobre os recursos sociais e mostram-se mais aptos para recorrer às redes de apoio. Os nossos resultados contrariam ainda outros autores, que afirmam que os cuidadores que estudaram entre um e quatro anos apresentam um maior nível de sobrecarga (Marques, 2007; Cristina et al., 2012; Machado, 2014).

Relativamente à relação entre a sobrecarga, e suas dimensões, com a situação profissional do CI, os resultados também evidenciam não haver relação entre estas variáveis, contrariando vários estudos como o de Carrero (2002), que considera que os cuidadores com uma ocupação profissional apresentam maiores níveis de sobrecarga devido à sobreposição de papéis; ou os estudos de Brito (2002) e Pereira (2008) que, contrariamente ao autor anterior, consideram que um cuidador profissionalmente ativo, ao manter a sua vida social, apresenta baixos níveis de sobrecarga.

Relacionando a sobrecarga, e suas dimensões, com a existência de ajuda para cuidar da pessoa dependente, os resultados demonstram igualmente não haver relação entre as variáveis em estudo. Esta evidência não vai ao encontro do estudo realizado por Brito (2002) que afirma que os cuidadores que apresentam ajuda na prestação de cuidados apresentam menores níveis de sobrecarga.

No que respeita à relação entre a sobrecarga, e suas dimensões, com a coabitação com a pessoa dependente, os resultados revelam não haver relação entre a sobrecarga total e a coabitação, contrariando o estudo de Oliveira (2012) que afirma que a coabitação,

associada ao tempo de cuidados dispensado à pessoa dependente, diminui o tempo de lazer e a vida social do CI, potenciando a sobrecarga. Porém, existe relação entre a dimensão da sobrecarga “Expectativas face ao cuidar” e a coabitação com a pessoa dependente, o que poderá revelar que a permanência no mesmo espaço físico aumenta os medos e receios sentidos pelo CI.

Relativamente ao estudo da correlação entre a sobrecarga, e suas dimensões, e a média de horas semanais que o CI necessita para prestar cuidados, os resultados evidenciam não haver correlação entre a sobrecarga total e a média de horas semanais. Estes resultados não vão ao encontro do defendido no estudo de Cristina et al. (2012), o qual refere que quantas mais horas os cuidadores despendem para a prestação de cuidados maior será o nível de sobrecarga. Verifica-se, porém, a existência de correlação positiva, estatisticamente muito significativa, entre a dimensão da sobrecarga “Expectativas face ao cuidar” e a média de horas semanais para cuidar, o que poderá indiciar que quantas mais horas o CI dedica aos cuidados da pessoa dependente, maior a expectativa, logo mais medos e receios relativamente ao cuidar.

Relacionando a sobrecarga, e suas dimensões, com o grau de dependência da pessoa dependente nos autocuidados, de um modo geral, os resultados demonstram haver relação entre a sobrecarga total e o grau de dependência em todos os autocuidados estudados, à exceção dos autocuidados “Tomar a medicação” e “Comunicação”, onde não existe relação entre as variáveis. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Ricarte (2009), que refere que quanto maior a dependência quanto à satisfação das AVD, maior a sobrecarga. Estes resultados também revelam que, os níveis de sobrecarga são maiores quanto mais dependente a pessoa é nos autocuidados que exigem maior ajuda física por parte do CI (higiene sanitária, higiene e conforto, mobilidade, transferências e vestir e despir), sendo os níveis de sobrecarga mais baixos nos autocuidados que exigem menor esforço físico, independentemente do grau de dependência que a pessoa apresenta nesse autocuidado. Um outro aspeto a ter em conta é o facto de existir relação entre a dimensão da sobrecarga “Expectativas face ao cuidar” e o grau de dependência de todos os autocuidados (à exceção do autocuidado “Comunicação”), o que poderá indiciar que quanto mais dependente a pessoa é, mais medos e receios o CI sente relativamente à prestação de cuidados à pessoa com dependência. De sublinhar que a “Comunicação” é o único autocuidado em que não existe qualquer relação entre a sobrecarga, e suas dimensões, e o grau de dependência

da pessoa dependente. Relativamente às dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Relação interpessoal” verificamos que existe relação com o grau de dependência nos autocuidados “Higiene sanitária”, “Higiene e conforto”, “Mobilidade” e “Transferências”. Ou seja, quanto mais dependente a pessoa é, maior valor de sobrecarga o cuidador vai apresentar nas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Relação interpessoal”.

Relativamente à dimensão “Perceção da autoeficácia”, verificamos que esta não apresentou qualquer relação com o grau de dependência da pessoa dependente.

## 5. CONCLUSÃO

Ao concluirmos este trabalho, consideramos que é importante mencionar os aspetos que em nosso entender, se devem dar realce e de refletir sobre a pesquisa efetuada, a partir da qual se devem efetuar propostas de intervenção.

Consideramos que conseguimos de forma adequada dar respostas às nossas questões e aos objetivos traçados, tendo relatado a realidade atual dos cuidadores informais e constatado que a sobrecarga é uma realidade no seu dia-a-dia.

O presente estudo pretendeu sobretudo estudar a sobrecarga do CI e relacioná-la com vários fatores (caraterísticas sociodemográfica, profissionais e familiares do CI, ajuda no cuidar, horas dedicadas aos cuidados, grau de dependência da pessoa dependente). Verificou-se que 62,4% dos cuidadores apresentam uma sobrecarga intensa, 23,7% uma sobrecarga ligeira e apenas 14,0% indicam estar sem sobrecarga. Ou seja, 86,1% dos cuidadores apresentam sobrecarga, sendo esta influenciada apenas pelo grau de dependência da pessoa dependente em alguns autocuidados, não se tendo verificado a influência de outros fatores. Estes valores são preocupantes, havendo a necessidade de uma mudança de abordagem através de uma perspetiva que aposte na promoção da saúde e não só na prevenção da doença. Para isso, é importante que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, direcionem a sua atenção para a promoção, manutenção e recuperação das capacidades e potencialidades existentes nos cuidadores informais através de programas de capacitação e educação para a saúde para que estes prestem cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades específicas da pessoa dependente.

Ao longo da entrevista, os cuidadores foram-me referindo, na sua maioria, que faziam tudo o que estava ao seu alcance para promover o bem-estar das pessoas que cuidam, influenciando o seu quotidiano e o seu próprio contexto de vida. Torna-se por isso necessário o reconhecimento das responsabilidades que estes assumem, através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho seu trabalho. Através de intervenções multidisciplinares, os enfermeiros devem proporcionar à família, apoio e consolo, para que os cuidadores informais compreendam que não estão sozinhos, e que existem várias pessoas envolvidas nesse processo, dispostas e capazes de ajudá-los. Cuidar de quem cuida deverá ser uma responsabilidade e preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros.

Espera-se que o nosso estudo possa aumentar o conhecimento acerca dos cuidadores informais e que os resultados obtidos orientem os profissionais de saúde, no sentido de ajudar estes cuidadores a identificar as causas da sua sobrecarga e a desenvolver estratégias eficazes para a sua resolução.

No futuro, seria interessante a realização de estudos complementares acerca do que os cuidadores informais perspetivam dos diferentes profissionais, que tipos de apoio recebem ou que desejariam receber, e estudos sobre as pessoas dependentes que recebem cuidados de múltiplos cuidadores que se revezam à semana ou ao mês.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Amaral, M. F., & Vicente, M. O. (2000). *Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2009). *Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família*. Revista de Enfermagem, 3 (2).
- Ávila, N. R. (2004). *Dependencia al envejecer*. Revista de Enfermería Rol, 27, 262-272.
- Berchet, C. (2015). *Serviços de Atendimento de Emergência: Tendências, Condutores e Intervenções para Gerenciar a Demanda*. Documentos de Trabalho sobre Saúde da OCDE. No. 83. Paris: Publicação da OCDE. Acedido a 21 de setembro de 2018. Disponível na Internet: <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>.
- Bicalho, C., Lacerda, R., & Catafesta, F. (2008). *Refletindo Sobre Quem é o cuidador familiar*. Cogitare Enfermagem, 13 (1), 118-123.
- Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P. & Santos, E. K. A. (2006). *A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, nº15.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto editora
- Cachada, C. (2014). *Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
- Cameron, J. & Gignac, M. (2008). *Timing it right: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from hospital to the home*. Patient Education and Counseling, 70 (3), 305- 314.
- Carrero, M. (2002). *Antes la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Carpenito-Moyet, L. J. C. (1998). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.
- Cesar, A. & Santos, B. (2005). *Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar*. Revista Brasileira de Enfermagem; Novembro/Dezembro; 58; 647 – 652.
- Chou, K.R., Liu, S., & Chu, H. (2002). *The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia*. International Journal of Nursing Studies, 39.
- CIPE (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015*. Acedido a 1 de outubro de 2018. Disponível na Internet: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon?curl=Z2F&reason=0&formdir=11>
- Coleman, E., & Roman, S. (2015). *Family Caregivers' Experiences During Transitions Out of Hospital*. Journal for Healthcare Quality, 37 (1), 12-21.
- Collière, Maria-Françoise. (2003). *Cuidar: A primeira Arte da Vida*. 2ª edição Lisboa: Lusociência.
- Costa, E. F. A. & Monego, E. T. (2003). *Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)*. Revista da UFG. [S. l.]. Vol. 5, nº 2.
- Cunha, A., Cardoso, L. O. & Oliveira, V. C. T. F. (2005). *Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem*. Sinais Vitais. ISSN 0872-0844. Coimbra. nº 61 (Jul. 2005), p. 36-40.
- Cristina, A., Gratao, M., Ramos, T., Vendrúscolo, P., & Flávia, L. (2012). *Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. Abr-Jun; 21(2): 304-12.

- Deeken, J., Taylor, K., Mangan, P., Yabroff, R., & Ingham, J. (2003). *Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4).
- Dicionário da Língua Portuguesa*. (2017). Porto: Porto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal, Ponto de situação: relatório do director-geral e alto-comissário da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dixe, M. A. (2016). *Princípios Básicos de Investigação I e II*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.
- Entidade reguladora da Saúde. (2016). *Relatório de Atividades de 2015*. Porto. Acedido a 21 de setembro de 2018. Disponível na Internet: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/8179/Relat\\_rio\\_atividades\\_2015\\_ERS\\_final\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/8179/Relat_rio_atividades_2015_ERS_final_.pdf)
- Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B. (2008). *Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20.
- Félix, L. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Portugal.
- Ferreira, S. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro: Portugal.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R. & Martins, T. (2002). *Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. *Revista Ciência e Técnica*, nº 43. Edição Sinais Vitais.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi editores.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). *Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com ou sem demência*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(1).
- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. (2012). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Girão, M. J. (2005). *Integração social do Doente com Psicose esquizofrenia: Dificuldades e potencialidades dos cuidadores informais*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa: Portugal.
- Grelha, P. (2009). *Qualidade de vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Portugal.
- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e Investigação*. 2ª edição. Editora Lusociencia. Lisboa
- Hoffmann, T., & Cochrane, T. (2009). *What education do stroke patients receive in Australian hospitals?*. *Patient education and counseling*. 77(2), 187-191.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. 2ª Edição. Coimbra: Formasau.
- Isabel, C., & Garcia, R. S. (2009). Tradução e Validação do Consequences of Care Index Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador \*, *13(2007)*, 39–48.
- Karsch, U. (2003). *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 861-866.
- Lage, I. (2007). *Questões de Género e Cuidados Familiares a Idosos*. *Nursing*, 217 (17),40-43.
- Landeiro, M., Martins, T., & Peres, H. (2016). *Perceção dos Enfermeiros sobre Dificuldades e Necessidades Informacionais dos Familiares Cuidadores de Pessoa Dependente*. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25 (1).

- Leung, A. C. T., Yau, D. C. N., Liu, C., Yeoh, C., Chui, T., Chi, I., & Chow, N. W. S. (2004). Reducing utilisation of hospital services by case management : a randomised controlled trial of, 28(1), 79–86.
- Lipp, M., Malagris, L., & Novais, L. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Editora Ícone.
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau;
- Machado, S. (2014). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana*. Tese de Mestrado. Universidade da Madeira. Acedido em 8 de outubro de 2018 em <http://digitu.ma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra; Formasau.
- Martin, I. (2005). *O Cuidado Informal no Âmbito Social*. In C. Paúl. & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). *Estudo de Validação do Questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde e Doença, 4 (1),131-148.
- Meleis, A. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Neri, A. L. (2000). *Qualidade de vida e atendimento domiciliário*. In. Duarte, Y & Diogo, M., *Atendimento domiciliar*. Um enfoque gerontológico (pp. 33-47). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, I. (2012). *Perceção dos Enfermeiros sobre a Exaustão do Cuidador Informal*. Monografia. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: OE.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde. (2002) - *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. Acedido a 21 de setembro de 2018. Disponível na Internet: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Pais Ribeiro, J. (2008). *Metodologias de investigação em psicologia e saúde*. 2ªedição. Porto: Livpsic.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S., Tsangari, H.& Sourtzi, P. (2007). *Caring for a relative with dementia: family caregiver burden*. *Journal of Advanced Nursing* 58 (5), 446-457.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Autonomia e independência*. In M. Netto (Org.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Pavarani, S. C. I., & Neri, A. L. (2005). *Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos*. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Org.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. (pp. 49-70) São Paulo: Atheneu.
- Pereira, M. (2008). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de Candidatura a Grau de Mestre em Ciência de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto: Portugal.
- Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009). *Dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos*. *Rev. APS*, v. 12, n. 1, p. 72-82.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais: dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociências - Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Pereira, I. (2017). *Utilizadores Frequentes das Urgências do Serviço Nacional de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Petit, C. (2004). *Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade*. In W. Hesbeen (Org.). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5.ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

- Rebello, M.T. (2012). *O Regresso do Doente a Casa: Saberes e Práticas dos Enfermeiros No Processo de Alta*. In Basto, Marta L., *Cuidar em Enfermagem – Saberes da Prática* (pp. 191-273). Coimbra: Formasau.
- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Rocha, M. C. (2015). *Dependência no Autocuidado em contexto familiar – Estudo Exploratório de base populacional no concelho da Maia*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e Satisfação com a vida: a perceção dos cuidadores informais de idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro: Portugal.
- Sales, E. (2003). *Family burden and quality life*. Quality of life Research. Vols. Vol. 12, suppl 1.
- Salgueiro, H. (2008). *Perceção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente*. Revista Investigação em Enfermagem. Edição Sinais Vitais.
- Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Santos, P. (2005). *O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente. Um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa: Portugal.
- Santos, R., Sousa, M., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Rev. psiquiatria. Vol.38, n.4, pp. 161-167.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Edição Atualizada. Lisboa: Lidel.
- Silva et al. (2011). *Estudo das necessidades dos cuidadores informais do concelho de Ilhavo*. Nursing, 281, 6-11
- Simões, C. & Grilo, E. (2012). *Cuidado dos e cuidadores: o Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral*. Revista de Saúde. Amato Lusitano. 31, 18-23.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Souza, D. N. De, & Rua, M. S. (2013). *Cuidadores informais de Pessoas idosas: Caminhos de Mudança*. 1º Edição. Universidade de Aveiro: UA Editora.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª. Ed. Lisboa: Lusociência.
- Taylor, S. (2004). *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem*. In ALLIGOOD, Martha R.; Tomey, Ann M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Theuerkauf, A. (2000). *Autocuidado e actividades da vida diária*. In Hoeman, S.: *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência.
- Yeh, S., Johnson, M., & Wang, S. (2002). *The changes in caregiver burden following nursing home placement*. International Journal of Nursing Studies, 39.
- Zarit, S., & Zarit, J. (2007). *Mental Disorders in Older Adults - Fundamentals of Assessment and Treatment*. Second Edition. New York : The Guilford Press.

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Formulário de colheita de informação: avaliação da pessoa dependente no autocuidado; avaliação sociodemográfica, profissional e familiar do CI; avaliação da auto percepção do CI sobre o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado; informações recebidas sobre a doença, o autocuidado, equipamentos e apoios comunitários e económicos e quem lhes forneceu essa informação; avaliação da sobrecarga do CI; Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit

# **SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO QUE PROCURA O SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

### **I PARTE**

1. AVALIAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO
2. AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR DO CUIDADOR INFORMAL
3. AVALIAÇÃO DA AUTO PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA DEPENDENTE NOS AUTOCUIDADOS
4. INFORMAÇÕES RECEBIDAS SOBRE O AUTOCUIDADO, EQUIPAMENTOS E APOIOS COMUNITÁRIOS E ECONÓMICOS E QUEM LHE FORNECEU ESSA INFORMAÇÃO

### **II PARTE**

1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT

### **I PARTE**

## 1. AVALIAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

**Sexo:**

Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

**Idade:** \_\_\_ anos

**Causa da ida ao Serviço de Urgência:** \_\_\_\_\_

**Dias de permanência no Serviço de Urgência:** \_\_\_\_\_

**Antes de vir para o hospital era dependente:**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim em que áreas \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo é dependente de outras pessoas para se cuidar?** \_\_\_\_\_

## 2. AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR DO CUIDADOR INFORMAL

**Sexo:**

Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

**Idade:** \_\_\_ anos

**Grau de parentesco/relação do cuidador com a pessoa dependente:**

Cônjuge \_\_\_

Filho \_\_\_

Irmão \_\_\_

Neto \_\_\_

Outro familiar \_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Amigo \_\_\_

**Habilitações literárias:**

Sem escolaridade \_\_\_

Sabe assinar \_\_\_

Sabe ler e escrever \_\_\_

4ª classe/1º ciclo ou ensino básico \_\_\_

Ensino preparatório/2º ciclo do ensino básico \_\_\_

9º ano/3º ciclo do ensino básico \_\_\_

12º ano/Ensino secundário \_\_\_\_

Curso médio \_\_\_\_

Curso superior \_\_\_\_

Outra situação \_\_\_\_ Especificar qual \_\_\_\_\_

**Situação profissional:**

Trabalha por conta própria \_\_\_\_

Trabalha por conta de outra pessoa \_\_\_\_

Reformado (a) \_\_\_\_

Doméstica \_\_\_\_

Estudante \_\_\_\_

Outro \_\_\_\_ Especificar qual \_\_\_\_\_

**Tem ajuda para cuidar do seu familiar?**

Sim \_\_\_\_

Não \_\_\_\_

**Mora com a pessoa de quem vai cuidar?**

Sim \_\_\_\_

Não \_\_\_\_

**Já cuidava anteriormente do seu familiar?**

Sim \_\_\_\_

Não \_\_\_\_

Se sim, em média quantas horas por semana necessita para cuidar do seu familiar?

\_\_\_\_\_

**3. AVALIAÇÃO DA AUTO PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA DEPENDENTE NOS AUTOCUIDADOS**

Neste autocuidado, a pessoa de quem cuido é:

	Independente (não precisa de qualquer ajuda)	Parcialmente dependente (necessita de alguma ajuda)	Totalmente dependente (precisa de ajuda para fazer tudo)	Sim	Não	Não sei
Alimentação						
O utente utiliza uma Sonda de Alimentação						
Higiene Sanitária						
O utente irá utilizar uma sonda vesical quando for para o domicílio?						
Cuidados de Higiene e Conforto						
Mobilidade						
Transferências						
Vestir e despir-se						
Tomar a medicação						
Gestão de Sintomas						
Comunicação						

#### 4. INFORMAÇÕES RECEBIDAS SOBRE O AUTOCUIDADO, EQUIPAMENTOS E APOIOS COMUNITÁRIOS E ECONÓMICOS E QUEM LHE FORNECEU ESSA INFORMAÇÃO

Foram-lhe dadas as informações necessárias acerca:

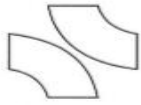
	As necessárias	Algumas mas não suficientes	Nenhumas	Não aplicável	Quem forneceu essa informação?		
					Médico	Enfermeiro	Outro qual?
Doença							
Autocuidado (como ajudar o doente a:)							
Tomar banho							
Vestir e despir							
Alimentar-se							
Usar o sanitário							
Transferir-se							
Andar							
Tomar a medicação							
Equipamento auxiliar							
Serviços comunitários (apoio domiciliário, visitas de enfermagem)							
Apoios económicos							

## II PARTE

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar/doente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar/doente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3. Sente-se stressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (Exemplo: cuidar dos filhos, cônjuge, outros familiares e trabalhar)					
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar/doente?					
5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar/doente?					
6. Considera que a situação atual afeta de forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar/doente?					
8. Considera que o seu familiar/doente está dependente de si?					
9. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?					
10. Sente que a sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar/doente?					
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar/doente?					
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar/doente?					
14. Acredita que o seu familiar/doente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar/doente e para o resto das despesas que tem?					
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar/doente por muito mais tempo?					
17. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?					
18. Desejaria poder entregar o seu familiar/doente aos cuidados de outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar/doente?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar/doente?					
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar/doente?					
22. No geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter que cuidar do seu familiar/doente?					

**ANEXO II – Autorização e aprovação da Comissão de Ética do CHL**



**CENTRO**  
**HOSPITALAR**  
**LEIRIA**

Comissão de Ética

Exma. Senhora  
Enf.ª Catarina Rico  
Serviço de Urgência Geral  
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

**Ref. CE – Nº 08/19**

Leiria, 31 de janeiro de 2019

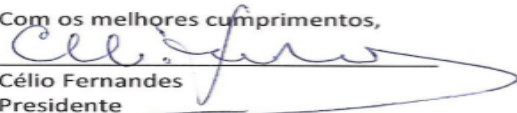
**Assunto:** Estudo - Help2Care: Apoiar na Comunicação, Autocuidado, Reabilitação e Educação de Utente e Cuidadores

A Comissão de Ética vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2019.01.10 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão um pedido para extensão do projeto intitulado “Help2Care: Apoiar na Comunicação, Autocuidado, Reabilitação e Educação de Utente e Cuidadores”, a um novo serviço, Serviço de Urgência Geral. Este pedido foi submetido pela Investigadora Principal, Prof. Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Professora da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. No CHL, para além dos profissionais já envolvidos no estudo, foi envolvida mais a Enf.ª Catarina Rico, a exercer funções no Serviço de Urgência. Este estudo encontra-se a decorrer nos Serviços de Medicina I e II do CHL, tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração em 2017.05.11. Esta Comissão nada tem a opor à extensão para realização do estudo no Serviço de Urgência Geral. Dado que o Enf. Paulo Lopes é um dos profissionais do CHL envolvidos neste estudo, não se pronunciou sobre esta situação.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

  
Célio Fernandes  
Presidente

Rua das Othalvas  
Pousos, 2410 – 197 Leiria  
Telefone: 244817089 – Ext. 4805  
Email: sec.comitecicas@chleiria.min-saude.pt  
www.chleiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by  
Joint Commission International



### **ANEXO III – Autorização e aprovação do Conselho de Administração do CHL**

24/03/2019

Gmail - FW: Autorização de adenda do estudo "Help2Care: Apoiar na Comunicação, Autocuidado, Reabilitação e Educação de Utentes e Cuidadores"



Catarina Rico <catipl@gmail.com>

**FW: Autorização de adenda do estudo "Help2Care: Apoiar na Comunicação, Autocuidado, Reabilitação e Educação de Utentes e Cuidadores"**

2 mensagens

Paulo Lopes <Paulo.Lopes@chleiria.min-saude.pt>  
Para: "catipl@gmail.com" <catipl@gmail.com>

27 de fevereiro de 2019 08:34

olá

**De:** Sónia Guerra

**Enviada:** terça-feira, 26 de fevereiro de 2019 15:39

**Para:** Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

**Cc:** Luísa Pinto; Paulo Lopes

**Assunto:** Autorização de adenda do estudo "Help2Care: Apoiar na Comunicação, Autocuidado, Reabilitação e Educação de Utentes e Cuidadores"

Exma. Sra.

Prof.ª Doutora Maria dos Anjos Dixe,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o Conselho de Administração, na sua reunião de 2019.02.14, deliberou autorizar a sua extensão ao Serviço de Urgência conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, gostaríamos de receber um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Mais se informa que é dado conhecimento desta informação à Diretora do Serviço de Urgência, Dra. Luísa Pinto e ao Enf.º Chefe Paulo Lopes.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra

Técnica Superior - Centro de Investigação/GEFOP

#### **ANEXO IV – Autorização e aprovação da Diretora do SUG**

inserir logo do proponente (se aplicável)

*Leiria a OBR*  
*12/12/2018*

**Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.**  
**A/C Exma. Senhora**  
**Diretora do Serviço de Urgência Geral**  
**Rua das Olhalvas**  
**Pousos, 2410 – 197 Leiria**

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo “Apoiar no autocuidado do utente e cuidador – Help2care” – projeto anteriormente autorizado (processo 04 - 2017/05/02) para ser desenvolvida nos serviços de medicina

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Título do estudo</b>	<i>Apoiar no autocuidado do utente e cuidador – Help2care” – projeto anteriormente autorizado pela Comissão de Ética do CHL (processo 04 - 2017/05/02) para ser desenvolvida nos serviços de medicina</i>
<b>Nome do investigador responsável [ou aluno]</b>	Maria dos Anjos Dixe
<b>Instituição de origem</b>	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Centro Hospitalar de Leiria, IP Santarém e IP Castelo Branco
<b>Estado do pedido de autorização à CNPD</b>	Autorizado - Autorização n.º 2192/ 2017
<b>Tipo de estudo</b>	Correlacionado
<b>Serviços do CHL que participam</b>	Serviço de Urgência Geral
<b>Entidades externas ao CHL que participam</b>	IP Leiria, IP Santarém e IP Castelo Branco
<b>Objetivos</b>	Determinar a sobrecarga dos Cuidadores informais de pessoa dependente no autocuidado Relacionar a sobrecarga do CI com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado

Inserir logo do proponente (se aplicável)

<b>Metodologia</b>	Ira recorrer -se a uma entrevista estruturada realizada ao Cuidador informal pela enfermeira Catarina Rico
<b>População ou amostra</b>	Cuidadores informais de pessoa dependente no autocuidado que recorrem ao SU no período de janeiro a março de 2019
<b>Duração prevista do estudo</b>	Janeiro a março de 2019

O investigador responsável compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de estudo no CHL E.P.E. (Já consta do projeto anteriormente autorizado)

Leiria, 18 de dezembro de 2018

Com os melhores cumprimentos,



(Maria dos Anjos Dixe)

Notas:

1. O proponente pode copiar este texto para o seu modelo de carta.
2. O proponente poderá usar o seu modelo de carta de pedido de autorização, desde que a informação nele contida seja equivalente à que aqui é solicitada.
3. Se alguma da informação não for aplicável, o proponente poderá apagar a linha correspondente ou, em alternativa, incluir a informação "NA - Não Aplicável".

## **ANEXO V – Autorização e aprovação do Enfermeiro Chefe do SUG**

inserir logo do proponente (se aplicável)

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor Enf. Chefe  
do Serviço de Urgência Geral  
Rua das Olhalvas  
Pousos, 2410 – 197 Leiria

Maria dos Anjos Dixe  
Trucho 2019  
(1568)  
2018/12/19

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo “Apoiar no autocuidado do utente e cuidador – Help2care” – projeto anteriormente autorizado (processo 04 - 2017/05/02) para ser desenvolvida nos serviços de medicina

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Título do estudo</b>	<i>Apoiar no autocuidado do utente e cuidador – Help2care” – projeto anteriormente autorizado pela Comissão de Ética do CHL (processo 04 - 2017/05/02) para ser desenvolvida nos serviços de medicina</i>
<b>Nome do investigador responsável [ou aluno]</b>	Maria dos Anjos Dixe
<b>Instituição de origem</b>	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Centro Hospitalar de Leiria, IP Santarém e IP Castelo Branco
<b>Estado do pedido de autorização à CNPD</b>	Autorizado - Autorização n.º 2192/ 2017
<b>Tipo de estudo</b>	Correlacionado
<b>Serviços do CHL que participam</b>	Serviço de Urgência Geral
<b>Entidades externas ao CHL que participam</b>	IP Leiria, IP Santarém e IP Castelo Branco
<b>Objetivos</b>	Determinar a sobrecarga dos Cuidadores informais de pessoa dependente no autocuidado Relacionar a sobrecarga do CI com o grau de dependência da pessoa dependente no autocuidado

inserir logo do proponente (se aplicável)

<b>Metodologia</b>	Irá recorrer -se a uma entrevista estruturada realizada ao Cuidador informal pela enfermeira Catarina Rico
<b>População ou amostra</b>	Cuidadores informais de pessoa dependente no autocuidado que recorrem ao SU no período de janeiro a março de 2019
<b>Duração prevista do estudo</b>	Janeiro a março de 2019

O investigador responsável compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de estudo no CHL E.P.E. (Já consta do projecto anteriormente autorizado)

Leiria, 18 de dezembro de 2018

Com os melhores cumprimentos,



(Maria dos Anjos Dixe)

Notas:

1. O proponente pode copiar este texto para o seu modelo de carta.
2. O proponente poderá usar o seu modelo de carta de pedido de autorização, desde que a informação nele contida seja equivalente à que aqui é solicitada.
3. Se alguma da informação não for aplicável, o proponente poderá apagar a linha correspondente ou, em alternativa, incluir a informação "NA - Não Aplicável".

**ANEXO VI** – Consentimento informado livre e esclarecido do CI para participação em investigação

## Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo). Somos um grupo de investigadores da Escola Superior de Saúde de Leiria e do Centro Hospitalar de Leiria e está a ser convidado(a) como voluntário(a) a participar num estudo intitulado apoiar utentes e cuidadores no autocuidado Este estudo tem como principal objetivo desenvolver uma plataforma digital para apoiar utentes e cuidadores no autocuidado apos a alta hospitalar. Este estudo permitirá disponibilizar uma ferramenta para ser utilizada pelos cuidadores para o ajudar a cuidar do seu familiar.

**Participação do estudo** – A sua participação no referido estudo consiste na resposta a um questionário para avaliar a sobrecarga do cuidador e algumas questões sociodemográficas familiares e de cuidador. A demora média de resposta é de dez (10) minutos.

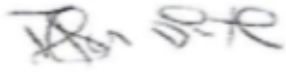
**Condições e financiamento** – O estudo é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

**Confidencialidade e anonimato** – Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dela decorram. Os investigadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados do estudo. No final do estudo serão eliminados. A recolha de dados será efetuada por estudantes de enfermagem e por enfermeiros, e o tratamento dos mesmos por Maria dos Anjos Dixe.

**Autonomia** – Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto disponibilizado (maria.dixe@ipleiria.pt). A sua participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

**Contatos:**

**Pesquisador Principal:** manjos.dixe@gmail.com



Declaro ter lido e compreendido este documento, aceito participar no estudo intitulado “Apoiar utentes e cuidadores no autocuidado” e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Considero-me informado/a e aceito participar neste estudo,

---