



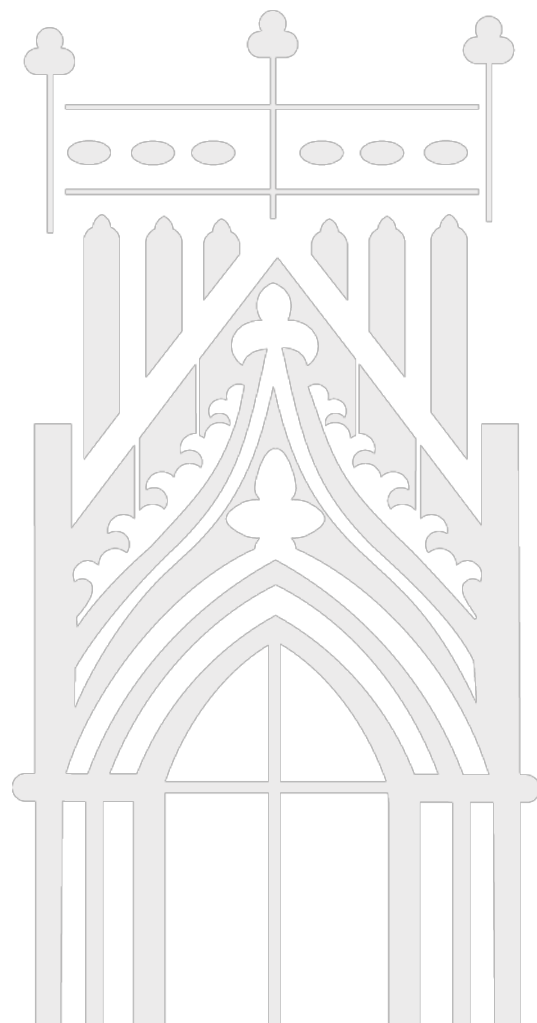
**IPG** Politécnico  
|da|Guarda  
Polytechnic  
of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

A Sobrecarga dos Cuidadores Informais  
de Idosos Dependentes no Concelho de  
Belmonte

Maria Julieta Neto Martins

abril | 2014



Escola Superior  
de Saúde



Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico da Guarda

**A SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES NO  
CONCELHO DE BELMONTE**

Maria Julieta Neto Martins

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária

Guarda

2014



Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico da Guarda

**A SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES NO  
CONCELHO DE BELMONTE**

Maria Julieta Neto Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Comunitária

Orientado: Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa

Co-orientador: Prof. Doutora Cecília Maria Fernandes Fonseca

Guarda

2014

Ao meu filho

## AGRADECIMENTOS

Os meus primeiros agradecimentos não podiam deixar de ser para a minha orientadora e co-orientadora, Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa e Prof. Doutora Cecília Maria Fernandes Fonseca, respetivamente, que sempre demonstraram sabedoria, dedicação e disponibilidade para tudo o que foi necessário.

À equipa de enfermagem e médica da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Belmonte por todo o apoio e disponibilidade.

Aos cuidadores informais e idosos dependentes pelo tempo disponibilizado na participação deste estudo.

Ao meu marido, pela companhia, apoio e incentivo nesta etapa da minha vida.

Às colegas e amigas Beatriz, Elisabete e Sara, pelo companheirismo e pelas palavras de apoio e incentivo.

A todos os outros amigos e familiares que não mencionei o muito obrigado pelo apoio prestado.

*“O único indicador padrão verdadeiro da grandeza de uma civilização é o nosso sentido de responsabilidade moral e social na transformação de riqueza material em valores humanos e na obtenção do nosso potencial máximo como uma sociedade que cuida.”*

The Right Honorable Norman Kirk – Presidente da Nova Zelândia (Watson, 2002)

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CI - Cuidador Informal

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

HTA - Hipertensão Arterial

Km - Quilómetros

NUTS - Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas

Pág. - Página

SINUS - Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

SPMSQ - Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD - Visitação domiciliária

## LISTA DE SIGLAS

INE - Instituto Nacional de Estatística

## RESUMO

O cuidado prestado informalmente por familiares, a um idoso dependente, são uma mais valia para a saúde nacional. Contudo, este cuidado, frequentemente, acarreta uma sobrecarga intensa a quem o presta. Sobrecarga é entendida como o conjunto de dificuldades físicas, emocionais, sociais e económicas inerentes à prestação de cuidados.

Com a realização deste estudo pretende-se averiguar quais os fatores que mais influenciam a sobrecarga dos Cuidadores Informais (CI's) de idosos dependentes no concelho de Belmonte. Para tal, definiram-se objetivos com o intuito de perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características sócio-demográficas, de contexto e clínicas.

Para atingir os objetivos definiu-se um estudo quantitativo, de nível II. Recorreu-se a uma amostra por conveniência, constituída por um total de trinta e quatro CI's e respetivos idosos dependentes. O instrumento de colheita de dados foi de administração indireta (Quivy e Campenhoudt, 1998) e dele constavam: Questionário Geral para o Cuidador Informal, Questionário Geral para o Idoso Dependente, Escala de Pfeiffer Portable Mental Status Questionary, Índice de Barthel e Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Os resultados revelam que a maioria dos CI's da amostra apresenta níveis de sobrecarga elevados. Os níveis de sobrecarga mais elevados verificaram-se em CI's mais velhos, nos casados/cônjuges, nos analfabetos ou que frequentaram até o ensino preparatório, nos reformados, nos que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário, nos CI's sem formação na área social e/ou psico-emocional, nos que mantinham uma relação conflituosa com o idoso dependente antes da prestação de cuidados, nos que vivem em regime de coabitação, nos que dizem ser uma obrigação/dever ou uma satisfação pessoal prestar o cuidado, nos que apresentam patologias clinicamente diagnosticadas e nos que referiram qualidade de vida muito pior. Também algumas características relacionadas com o idoso dependente afetam negativamente a sobrecarga sentida pelo CI's, que são: idosos do género masculino, solteiros, que exerceram a sua atividade profissional na setor secundário e terciário, que auferem de pensão de reforma/aposentação, que se encontram dependentes há mais de 10 anos e com níveis de dependência menores.

Palavras-chave: Cuidadores informais, idosos dependentes, sobrecarga



## ABSTRACT

The care provided informally by family members, to a dependent elderly, are an added value to national health. However, this care often entails an intense burden to those who pay. Burden is understood as a set of physical, emotional, social and economic difficulties inherent in providing care.

With this study we intend to investigate the factors that influence the burden of Informal Caregivers (IC's) of elderly dependents in the municipality of Belmonte.

To this end, we defined objectives in order to understand if the burden of IC is influenced by socio-demographic, clinical and context characteristics.

To achieve the objectives, we defined a quantitative study, Level II. We used a sample of convenience consisting of a total of thirty-four IC's and their respective dependent elderly. The data collection instrument was indirect administration (Quivy and Campenhoudt, 1998) and it contained: General Questionnaire for Informal Caregiver, General Questionnaire for Elderly Dependent, Scale Portable Mental Status Pfeiffer Questionnaire, Barthel Index and Burden Interview of Zarit.

The results show that the majority of IC's of the sample has high levels of burden. The higher levels of burden were found in IC 's older , the married/spouse, the illiterate or who have attended to the preparatory school, the pensioners, the employed or formerly his professional activity in the primary sector, the IC's without training in social and/or psycho -emotional area, who kept in an adversarial relationship with the dependent elderly care before, those who live in cohabiting, in which they say is an obligation/duty or personal satisfaction delivering care, in presenting clinically diagnosed and who reported worse quality of life conditions. Also some features related to the dependent elderly negatively affect the burden felt by the IC 's, which are: elderly male gender, unmarried, who exercised his professional activity in the secondary and tertiary sector, who receive a retirement/pension, which are dependent for over 10 years and with lower levels of dependency.

Keywords: Informal Caregivers, elderly dependents, burden

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribuição dos idosos dependentes relativamente ao género _____	44
Gráfico 2: Distribuição dos idosos dependentes relativamente à atividade profissional ____	45
Gráfico 3: Distribuição dos idosos dependentes relativamente ao tempo de dependência (anos) _____	47
Gráfico 4: Distribuição dos CI's relativamente ao género _____	50
Gráfico 5: Distribuição dos CI's relativamente ao grau de escolaridade _____	51
Gráfico 6: Distribuição dos CI's relativamente à situação profissional _____	51
Gráfico 7: Distribuição dos CI's relativamente à atividade profissional _____	52
Gráfico 8: Distribuição dos CI's pelas atividades recreativas/lazer _____	53
Gráfico 9: Distribuição dos CI's relativamente à perceção da qualidade de vida _____	54
Gráfico 10: Pontuações obtidas pelos CI's no Índice de Barthel _____	55
Gráfico 11: Distribuição dos CI's relativamente ao grau de parentesco com o idoso dependente _____	56
Gráfico 12: Distribuição dos CI's relativamente ao tempo, em anos, de prestação de cuidados _____	56
Gráfico 13: Distribuição dos CI's relativamente ao tipo de relacionamento com o idoso dependente antes da prestação de cuidados _____	57
Gráfico 14: Distribuição dos CI's relativamente ao sentimento perante o cuidado prestado _____	58
Gráfico 15: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios que recebem na área da saúde _____	59
Gráfico 16: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios sociais _____	59
Gráfico 17: Distribuição dos CI's relativamente ao apoio/substituição por parte de um familiar para cuidar do idoso dependente _____	60
Gráfico 18: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios económicos _____	61
Gráfico 19: Médias da ESC (global) e fatores constituintes _____	63
Gráfico 20: Distribuição das médias obtidas nos fatores constituintes da ESC de Zarit pelos CI's _____	63

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Idosos que manifestaram uma causa de dependência _____	46
Tabela 2: Idosos que manifestaram duas causas de dependência _____	46
Tabela 3: Doenças clinicamente diagnosticadas no idoso dependente _____	48
Tabela 4: Pontuações obtidas pelos idosos dependentes no Índice de Barthel _____	49
Tabela 5: Doenças clinicamente diagnosticadas nos CI's _____	54
Tabela 6: Pagamento a pessoa/instituição para cuidar do familiar _____	60
Tabela 7: Medidas descritivas da pontuação global e dos fatores da ESC de Zarit _____	62
Tabela 8: Níveis de sobrecarga face ao género dos CI's _____	65
Tabela 9: Níveis de sobrecarga face ao estado civil dos CI's _____	66
Tabela 10: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável estado civil dos CI's _____	66
Tabela 11: Níveis de sobrecarga face à situação profissional dos CI's _____	68
Tabela 12: Níveis de sobrecarga face à religião professada pelos CI's _____	70
Tabela 13: Níveis de sobrecarga face à relação de parentesco entre CI e idoso dependente _____	71
Tabela 14: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável formação na área do cuidado _____	74
Tabela 15: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável tipo de formação na área do cuidado _____	75
Tabela 16: Medidas descritivas da variável idade do idoso em função da classificação obtida na ESC de Zarit _____	76
Tabela 17: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável estado civil do idoso _____	77
Tabela 18: Medidas descritivas para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável tempo de dependência _____	85
Tabela 19: Medidas descritivas para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência do idoso _____	86
Tabela 20: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos resultados obtidos no SPMSQ _____	87

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Curva de evolução do recurso aos cuidados em função da idade _____	20
Figura 2: Diagrama de Caule e Folhas do número de erros realizados pelos idosos no SPMSQ _____	43
Figura 3: Diagrama de extremos e quartis da idade dos idosos dependentes _____	44
Figura 4: Diagrama de extremos e quartis da idade dos CI's _____	50
Figura 5: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável idade dos CI's _____	64
Figura 6: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do género dos CI's _____	65
Figura 7: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do grau de escolaridade dos CI's _____	67
Figura 8: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da situação profissional dos CI's _____	68
Figura 9: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do setor de atividade dos CI's _____	69
Figura 10: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da religião professada pelos CI's _____	70
Figura 11: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da relação de parentesco entre CI e idoso dependente _____	71
Figura 12: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do tipo de relacionamento entre CI e idoso dependente antes da prestação de cuidados _____	72
Figura 13: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da situação habitacional _____	73
Figura 14: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações na ESC de Zarit em função do sentimento perante o cuidado prestado _____	74
Figura 15: Diagrama de extremos e quartis da distribuição da classificação obtida na ESC de Zarit em função da variável idade do idoso _____	76
Figura 16: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável género do idoso dependente _____	77

	Pág.
Figura 17: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do idoso dependente _____	78
Figura 18: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do idoso dependente _____	79
Figura 19: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável fonte de rendimento do idoso dependente _____	79
Figura 20: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da pratica de atividade recreativa/lazer _____	81
Figura 21: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas _____	82
Figura 22: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável percepção da qualidade de vida _____	83
Figura 23: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência _____	84
Figura 24: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas do idoso _____	85
Figura 25: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência do idoso _____	86

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Características Sócio-demográficas e sua caracterização _____	32
Quadro 2: Características contextuais relacionadas com o cuidado e sua caracterização ____	33
Quadro 3: Situação clínica e percepção da qualidade de vida do CI e sua caracterização __	33
Quadro 4: Situação clínica do Idoso Dependente e sua caracterização _____	34
Quadro 5: Fatores constituintes da ESC de Zarit _____	40

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> _____	15
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>1 – O CUIDAR E OS CUIDADORES INFORMAIS</b> _____	19
<b>2 - SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS</b> _____	25
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>1 – METODOLOGIA</b> _____	30
1.1 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO _____	30
1.2 – TIPO DE ESTUDO _____	30
1.3 – OBJETIVOS DO ESTUDO _____	31
1.4 – VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA CARATERIZAÇÃO _____	31
1.5 – POPULAÇÃO/AMOSTRA _____	34
1.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS _____	36
<b>1.6.1 – Questionário Geral para o Cuidador Informal</b> _____	37
<b>1.6.2 – Questionário Geral para o Idoso Dependente</b> _____	37
<b>1.6.3 – Escala de Pfeiffer Portable Mental Status Questionary</b> _____	37
<b>1.6.4 – Índice de Barthel</b> _____	37
<b>1.6.5 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit</b> _____	38
1.7 - PRÉ-TESTE _____	40
1.8 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS _____	41
1.9 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS _____	41
1.10 – CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA _____	42
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> _____	43
2.1 – DADOS RELATIVOS AOS IDOSOS DEPENDENTES _____	43
<b>2.1.1 - Caraterização sócio-demográfica dos idosos dependentes</b> _____	43
<b>2.1.2 - Caraterização da situação clínica dos idosos dependentes</b> _____	45
2.2 – DADOS RELATIVOS AOS CUIDADORES INFORMAIS _____	49
<b>2.2.1 - Caraterização sócio demográfica dos CI's</b> _____	49
<b>2.2.2 - Caraterização da situação clínica e perceção da qualidade de vida dos CI's</b> _	52
<b>2.2.3 - Caraterísticas contextuais relacionadas com o cuidado</b> _____	55
<b>2.2.4 – Sobrecarga nos cuidadores informais</b> _____	61
<b>3 – VERIFICAÇÃO DE OBJETIVOS</b> _____	64

	Pág.
<b>4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> _____	88
<b>5 – LIMITAÇÕES E SUGESTÕES</b> _____	93
<b>CONCLUSÃO</b> _____	95
<b>BIBLIOGRAFIA</b> _____	97
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A – Pedido de autorização ao Coordenador do Centro de Saúde de Belmonte _	103
Apêndice B - Questionário Geral para o Cuidador Informal _____	105
Apêndice C - Questionário Geral para o Idoso Dependente _____	110
Apêndice D - Escala de Pfeiffer Portable Mental Status Questionary _____	113
Apêndice E - Índice de Barthel _____	115
Apêndice F - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit _____	118
Apêndice G – Consentimento Informado _____	120
Apêndice H – Tabelas de resultados dos Idosos Dependentes _____	122
Apêndice I – Tabelas de resultados dos Cuidadores Informais _____	127
Apêndice J – Tabelas de verificação de objetivos _____	138



## INTRODUÇÃO

A estrutura demográfica atual de Portugal caracteriza-se pelo rápido envelhecimento da população. Em 2010, o índice de envelhecimento era de 120,3 e o índice de dependência de idosos era de 27,1; após dois anos (2012) estes valores aumentaram para 131,1 e 29,4, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2013). A Direcção Geral da Saúde (2004:1) salienta que estes “últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.”

Com o aumento do número de pessoas idosas dependentes aumenta também a necessidade de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais e apoio formal e informal. A distinção entre cuidado formal e informal, prende-se com o carácter remuneratório. O cuidado formal é prestado por instituições ou indivíduos que auferem um vencimento pela prestação do mesmo. Pelo contrário, o cuidado informal é prestado por elementos da rede social do idoso em situação de dependência (familiares, amigos e vizinhos) regularmente e sem remuneração (Loureiro, 2009).

As “famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível” (Andrade, 2009a:2).

No âmbito da saúde, a Visitação Domiciliária (VD) é uma importante área de atuação dos Cuidados de Saúde Primários a estes idosos em situação de dependência. Normalmente, durante a VD grande parte, ou toda, a atenção por parte da equipa de enfermagem vai para o utente que necessita de cuidados, deixando um pouco à margem a pessoa que cuida dele, o Cuidador Informal (CI). Os CI's percorrem “um caminho quase solitário na tomada de decisão sobre o melhor cuidado” (Andrade, 2009b:63), já que assumem a responsabilidade pelo cuidado sem lhes ter sido feita uma prévia avaliação das suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade para o desempenho desse papel. Existem duas formas de entrar numa situação de prestação de cuidados, a saber: o processo sub-reptício e o acontecimento súbito (Bris, 1994). O processo sub-reptício, é lento e progressivo, e o início da prestação de cuidados é difícil de datar, já que o cuidador presta cuidados que considera tarefas naturais integradas nos hábitos quotidianos. Neste processo, a pessoa que necessita de cuidados vai perdendo de modo progressivo a sua autonomia e o número de cuidados necessários vai aumentando naturalmente. Por outro lado, o acontecimento súbito tem origem numa doença ou

um acidente (por exemplo, fratura do colo do fémur), antecede uma saída do hospital que exclui o retorno ao domicílio, no caso do doente habitar sozinho ou com uma pessoa igualmente dependente. Nesta situação, o início da prestação de cuidados é fácil de datar e a decisão é tomada mais conscientemente, ainda que não obrigatoriamente numa situação de livre escolha.

Atendendo ao exposto, houve a preocupação de desenvolver um estudo que evidenciasse os CI's, que muitas das vezes necessitam de mais cuidados que a pessoa dependente; e perceber quais os fatores que mais influenciam a sobrecarga destes CI's.

A resposta a esta questão torna-se importante na medida em que é necessário prestar apoio técnico, social e emocional a estes parceiros tão valiosos dos cuidados de saúde primários. O CI é um recurso fundamental, já que “representa o elo entre o ser cuidado, a família e os Serviços de Saúde” (Rates, 2007:35). Andrade (2009b) refere que os profissionais de saúde devem oferecer estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação ao prestador de cuidados. O enfermeiro deve atuar como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Também, a Ordem dos Enfermeiros (2001), no documento que define Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, realça que o envolvimento dos conviventes significativos (entende-se como CI) do cliente individual no processo de cuidados é um dos elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem. Por outro lado, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve, entre outras competências, identificar as necessidades específicas em saúde de grupos, para que posteriormente possa intervir e assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, contínuos e ajustados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Como enfermeira, em funções nos cuidados de saúde primários e que realiza VD, sentia a necessidade de conhecer quem eram os CI's de idosos dependentes, quais as suas características e níveis de sobrecarga. Feito um levantamento documental sobre a temática verificou-se a inexistência de estudos técnico-científicos sobre o assunto na área geodemográfica do Centro de Saúde de Belmonte. Pelo que, a necessidade de desenvolver um trabalho de investigação para obtenção do grau académico de mestre em saúde comunitária, foi a oportunidade para concretizar esta pesquisa.

O motivo pelo qual se selecionou o concelho de Belmonte e respetivo Centro de Saúde, deve-se ao facto da investigadora ser enfermeira nesta instituição e ter um acesso facilitado à população em questão. Por outro lado, prestar apoio domiciliário neste contexto, onde se viu confrontada com as dificuldades manifestadas pelos CI's, também impulsionou a realização deste trabalho.

Desenhou-se um estudo quantitativo onde se pretendeu identificar:

- ✓ As características sócio-demográficas dos CI's;
- ✓ As características sócio-demográficas do idoso dependente;
- ✓ As características contextuais em que o cuidado é prestado;
- ✓ As características da situação clínica e percepção da qualidade de vida do CI;
- ✓ As características da situação clínica do idoso dependente.

Identificar estas características permite compreender e avaliar a sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos dependentes, residentes no concelho de Belmonte e referenciados na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde entre meados de 2012 e meados de 2013.

A presente dissertação tem como objetivo documentar o percurso, o método e os resultados encontrados. Para tal está organizada em duas partes distintas: fundamentação teórica e estudo empírico. A primeira parte consiste numa abordagem teórica acerca da problemática visada neste estudo, incidindo sobre o cuidar, os cuidadores informais e a sobrecarga física, emocional e social. Para tal faz-se uma revisão da literatura usando, em particular, teses e relatórios de investigação que documentam estudos sobre o mesmo tema e que decorreram noutras áreas geodemográficas em populações similares. A segunda parte refere-se à metodologia utilizada neste estudo, à apresentação e análise dos dados, à verificação de objetivos, discussão de resultados, limitações, sugestões e conclusões do estudo.

Espera-se que o conteúdo deste documento seja uma mais valia e um contributo para a melhoria dos cuidados de saúde em geral e, em particular, dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos dependentes e aos seus CI's. Com esta investigação tenta-se colmatar uma lacuna sentida pelos profissionais de saúde, em particular pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Belmonte, no que respeita ao conhecimento que têm tanto dos idosos dependentes como dos cuidadores informais.

PARTE I  
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1 – O CUIDAR E OS CUIDADORES INFORMAIS

Com o aumento da esperança média de vida, da prevalência de doenças crónico-degenerativas e face às políticas de humanização e desospitalização, verifica-se a necessidade de prestar cada vez mais cuidados domiciliários, tanto pelos profissionais de saúde, como pelos familiares dos doentes e ainda por pessoas remuneradas para esse fim. Torna-se importante perceber que o contexto domiciliário é sem dúvida o melhor local para o doente idoso incapacitado, já que “a pessoa pode aspirar, pelo menos a viver em sua casa, conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os seu laços sociais, ser acompanhado nas suas deslocações, não se sentir só, ter apoio moral” (Fabregas, 2002; cit. por Silva, 2006:32). Pelo contrário, “o hospital, lugar da razão e da técnica, provoca no idoso um sentimento de alienação, afastado dos que conhece, onde perde o controlo da sua vida e da sua morte, aumentando a ansiedade, o medo e reduzindo a sua auto-estima...” (Silva, 2006:33). Assim, torna-se cada vez mais urgente o cuidar no domicílio, especialmente do familiar, do amigo, do vizinho, já que são estes que interagem diariamente com o doente idoso e com quem este sente uma ligação próxima.

Entende-se que cuidar é uma prática milenar, universal e de todos os tempos, desde que a vida existe existem cuidados na medida em que se torna necessário tomar conta da vida para que esta possa permanecer (Pereira, 2008). Em todas as ações do cuidado verifica-se um interesse e uma preocupação com o bem-estar de outra pessoa, conduzindo este objetivo ao desenvolvimento de determinadas ações.

A primeira orientação do cuidado inscreve-se desde o início da história da humanidade: assegurar a continuidade da vida, tendo em conta tudo o que é indispensável para garantir as funções vitais, tal como alimentação, vestuário, habitação entre tantas outras (Frias, 2001). Collière (1989:29) refere que o cuidar é, “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificados na sua manifestação” e “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.”

Watson (2002:96) considera que o cuidado baseia-se “em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência”.

O ato de cuidar é um fenómeno universal e, apesar de assumir formas de expressão distintas entre culturas, é possível identificar algumas ideias associadas à noção de cuidado como a empatia, a compaixão, o alívio, a presença, o compromisso, o suporte, a confiança, o

estímulo, a restauração, a proteção e o contacto físico (Leininger e McFarland, 2002; cit. por Loureiro, 2009).

A necessidade de cuidados varia ao longo do ciclo de vida. Da análise da figura seguinte depreende-se que a necessidade de cuidados está aumentada no início e no final do ciclo vital.

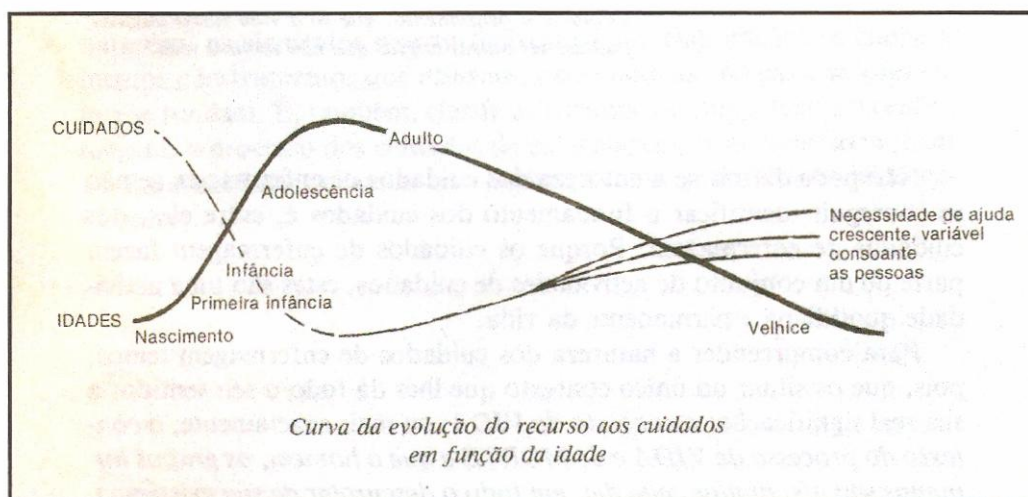


Figura 1: Curva da evolução do recurso aos cuidados em função da idade

Fonte: Collière, 1989:236

Collière (1989) identifica dois tipos de cuidados: os cuidados quotidianos e habituais (*care*) e os cuidados de reparação (*cure*). A primeira situação significa tomar conta, cuidar e representam um conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida, ou seja, a satisfação das necessidades humanas básicas, como beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer, deslocar-se, bem como tudo o que é indispensável para o desenvolvimento da vida, como a relação com as pessoas conhecidas e com objetos familiares. Na segunda situação, *cure* é sinónimo de curar, tratar tirando o mal. Os cuidados de reparação são prestados quando é preciso tratar uma doença, referem-se à continuidade da vida quando esta se depara com obstáculos. Estes não fazem sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para que a vida continue, isto é sem que sejam prestados cuidados quotidianos e habituais.

Quando uma pessoa inicia um processo degenerativo o seu padrão de funcionamento normal sofre alterações, emerge a incapacidade para o autocuidado e conseqüentemente a necessidade de apoio e ajuda por parte de alguém próximo (familiar, amigo ou vizinho), surgindo, assim, o cuidado informal (Pereira, 2008).

O cuidado informal é definido por De La Rica e Hernando (1994; cit. por Pereira, 2008) como a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos ou vizinhos, que não recebem qualquer remuneração pelo trabalho desenvolvido, e assumem “a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria da sua saúde” (Leitão e Almeida, 2000:80). As motivações que levam ao início e continuidade da prestação de cuidados são variadas, uma delas, e seguramente a mais poderosa, é a noção de dever filial, que prevalece mesmo com a ausência de ligação ou de afeição entre pais e filhos, outra é a pressão social exercida pela sociedade nas mulheres que, segundo o modelo tradicional de família, devem cuidar dos seus idosos dependentes (Bris, 1994). O autor salienta ainda que existem outras motivações para o início e continuidade da prestação de cuidados, tais como: dever moral, dever conjugal, dever religioso, dever de troca, coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de prestação de cuidados ao domicílio e/ou lares, e o elevado custo financeiro do internamento num lar em relação ao baixo rendimento da família.

As atenções e o cuidado que os pais têm com os filhos, as preocupações que uma pessoa pode experimentar por alguém amigo, ou o cuidado prestado a um progenitor, são cuidados genéricos (Leininger, 1988; cit. por Pereira, 2008), encontra-se em todas as culturas no mundo e diz respeito a modos naturais de ser e estar. Estas ações pressupõem um interesse e uma implicação emocional com o bem-estar do outro pelo que se reconhece a sua unicidade e intuição.

Os que prestam cuidados genéricos ou cuidados informais denominam-se de cuidadores informais. Os CI's podem ser divididos em primários (ou principais) e secundários. Em relação aos cuidados prestados a idosos, o CI primário ou principal é aquele que se responsabiliza pelo idoso dependente e o seu cuidado, realizando diariamente a maior parte das tarefas (Gatz, Bengtson e Blum, 1990; cit. por Loureiro, 2009). O CI secundário é qualquer pessoa (familiar, amigo, vizinho) que presta cuidados complementares ao idoso dependente (Stone, Cafferata e Sangl, 1987; cit. por Loureiro, 2009).

Neri (2000; cit. por Pereira, 2008) refere a existência de quatro domínios, nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos CI's aos idosos dependentes:

- suporte nas atividades instrumentais da vida diárias tais como, cuidar da casa, preparar refeições, ir às compras, pagar as contas;
- assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado, em particular dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular;
- apoiar emocionalmente o idoso, fazer companhia e conversar;
- lidar com as pressões resultantes do cuidar.

Por sua vez Paúl (1997; cit. por Pereira, 2008) define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos CI's: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. Os cuidados antecipatórios integram comportamentos ou decisões baseadas na antecipação das necessidades como prever e pensar o que o idoso poderá vir a precisar. Os cuidados preventivos visam evitar a doença, as complicações e a deterioração física e mental. Os cuidados de supervisão incluem, por exemplo, as modificações do ambiente físico com vista a melhorar a segurança. Os cuidados instrumentais estão relacionados com o bem-estar e com o corpo, integram o fazer por ou assistir com o objetivo de assegurar a integridade física e o estado de saúde da pessoa idosa. Os cuidados protetores compreendem a proteção relativa ao que não se pode evitar e estão relacionados com as ameaças à auto-imagem, à identidade e ao bem-estar emocional, como por exemplo, evitar que a pessoa dependente se aperceba da inversão de papéis. Apenas a categoria dos cuidados instrumentais é habitualmente considerada como comportamento de cuidar, as restantes não traduzem comportamentos observáveis mas são determinantes para o cuidado integral do idoso

Mas afinal quais são as características dos CI's de idosos dependentes?

Dos vários estudos relativos ao cuidar informal, é consensual que a responsabilidade pelos cuidados aos idosos dependentes é na sua maioria assumida por mulheres (Bris, 1994; Martín, Paul e Roncon, 2000; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Santos, 2005; Lage, 2007; Amendola, Oliveira e Alvarenga, 2008; Pereira, 2008; Andrade, 2009a; Garcia, 2009; Loureiro, 2009; Custódio, 2011; Lemos, 2012). No geral, o cuidado esteve desde sempre associado ao género feminino e reportar-se a épocas em que a mulher não trabalhava para cuidar da casa e dos filhos e em que a filha mais nova não se casava para cuidar dos pais idosos, a própria profissão de enfermagem é maioritariamente exercida por mulheres. Face aos valores sociais, culturalmente enraizados, as mulheres têm o dever de cuidar dos seus familiares dependentes, e qualquer afastamento desta norma é considerado desviante, mesmo sob ponto de vista destas (Stanhope e Lancaster, 1999). Cancian e Olicker (2000) evidenciam que o cuidar no feminino pode ter duas explicações: uma natural ou biológica e outra social. A natural ou biológica diz respeito às diferenças psicológicas existentes entre mulheres e homens que se desenvolvem na infância, devido às diferenças hormonais e à biologia reprodutiva. A explicação social é provavelmente imputada ao facto do homem ter, habitualmente, mais recursos financeiros e emprego melhor remunerado, sendo a mulher a deixar o seu trabalho para cuidar do idoso dependente ou, não o deixando, acumula as duas tarefas.

Finley (1989; cit. por Lage, 2007) desenvolveu o modelo de divisão do trabalho familiar, que postula que a natureza das responsabilidades assumidas por homens e mulheres, perante os seus idosos, é diferente. Aos homens cabem tarefas que pressupõem força física,



como o transporte do idoso, tomada de decisões, assistência pessoal e questões financeiras. À mulher cabe prestar cuidados pessoais, executar tarefas domésticas, realizar atividades instrumentais e prestar apoio emocional.

No que concerne à idade dos CI's varia, em média, entre os 55 e os 65 anos, sendo que a idade mínima e máxima dos CI's varia entre os 20 e os 86 anos (Lage, 2007; Santos, 2008; Pereira, 2008; Andrade, 2009; Loureiro, 2009, Custódio, 2011; Lemos, 2012). Para Beisgen e Kraichman (2003 cit. por Loureiro, 2009), estas diferenças podem dever-se à relação de conjugalidade vs filiação e à idade do próprio dependente. Isto é, os filhos(as) são normalmente jovens adultos ou adultos de meia-idade, contrapondo-se aos cônjuges que se encontram comumente na terceira idade e, verifica-se ainda que, quanto mais velha for a pessoa que necessita dos cuidados, mais velho é o CI.

Relativamente ao grau de parentesco verificar-se que a maioria dos CI's são filhas(os) dos idosos dependentes, seguindo-se os cônjuges e outros familiares, nomeadamente, irmãs/irmãos, sobrinhas/sobrinhos e noras/genros (Lage, 2007; Pereira, 2008; Santos, 2008; Andrade, 2009a; Garcia, 2009; Loureiro, 2009; Custódio, 2011; Lemos, 2012).

A situação laboral é mais uma das características socio-demográficas dos CI's a considerar, verifica-se que a maioria dos CI's encontram-se em situação não ativa, são reformados, desempregados e domésticas. Dentro destes, a maioria dos CI's são reformados (Bris, 1994; Santos, 2005; Lage, 2007; e Pereira, 2008; Loureiro, 2009; Custódio, 2011; Lemos, 2012).

Um estudo levado a cabo pelo Instituto da Segurança Social (2005:53), em que exploram a situação social dos doentes de Alzheimer, vem reforçar as conclusões apresentadas pelos autores referidos:

Mais de metade dos cuidadores (55%) têm como principal fonte de rendimento uma pensão, ainda que neste domínio predomine a pensão reforma (42,3%). O outro grupo relevante em termos de origem dos rendimentos são os provenientes do trabalho (39,5%). Ainda com menor valor surgem os cuidados com rendimentos próprios (5,9%) ou estando a cargo de familiares (3,9%). Com menor relevância estatística surgem os cuidadores que não possuem qualquer fonte de rendimento (4%) ou que estão em situação de desemprego (2%).

Uma justificação para este facto é, talvez, a predominância das faixas etárias mais idosas como CI's.

Relativamente ao grau de escolaridade, vários estudos (Santos, 2005; Lage, 2007; Pereira, 2008; Andrade, 2009a; Loureiro, 2009; Custódio, 2011; Lemos, 2012), indicam que a maioria dos CI's possui o 1º ciclo completo.

A proximidade geográfica e a coabitação têm influência na escolha da pessoa que irá assumir o cuidado (Ross, 1991; cit. por Lage, 2007; Bris, 1994; Paúl, 1997; cit. por Pereira, 2008; Stanhope e Lancaster, 1999). Assim, a situação habitacional é uma variável determinante no cuidado informal e pode ser a causa ou consequência da ajuda. De acordo com o Instituto da Segurança Social (2005) apenas uma minoria dos CI's vivem sós ou com outros familiares. O estudo efetuado por Bris (1994), Santos (2005), Lage (2007), Andrade (2009a), Custódio (2011) vêm corroborar esta mesma realidade: a maioria dos CI's habita com o idoso dependente.

Tendo por base diferentes estudos, conclui-se que os CI's são na sua maioria mulheres, filhas do idoso dependente, com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos, reformadas, com o 1º ciclo do ensino básico completo e que habitam com o idoso.

## 2 - SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS

A prestação de cuidados pode ter um impacto positivo ou negativo tanto no beneficiário dos cuidados como no CI. A maioria dos estudos centra-se nas consequências negativas para o CI, contudo algumas pesquisas destacam resultados positivos. Given e Given (1991; cit. por Loureiro, 2009) realçam o respeito, a auto-estima e a gratificação pessoal como manifestações reconhecidas pelos CI's. A gratificação surge pelo facto destes CI's perspetivarem a prestação de cuidados como um ato de reciprocidade, de dever cumprido, de saberem que o idoso está a ser bem cuidado, de se sentirem capazes de o ajudar, de permanecerem junto dele e de sentirem amor pela pessoa cuidada (Figueiredo, 2007 e Paúl, 1997; cit. por Loureiro, 2009).

O termo sobrecarga vem de uma tradução do termo inglês “*burden*”. Normalmente este termo é usado apenas em sentido negativo, ou seja, sob a forma de “peso” ou “fardo”. A sobrecarga do CI, segundo Braithwaite (1992; cit. por Martins, Ribeiro e Garret, 2003), é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo de atenção. A autora descreve o processo de cuidar de um familiar idoso dependente como contínuo e quase sempre irreversível, comportando cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas. George e Gwyther (1986; cit. por Loureiro, 2009:36) definem sobrecarga como sendo os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experienciados por familiares que têm a cargo idosos dependentes.

Zarit *et al* (2004; cit. por Garcia, 2009), pioneiros na investigação do impacto negativo dos CI's de idosos com *demência*, apontam que a prestação de cuidados é stressante e pode ter efeitos negativos nos cuidadores. Chou *et al* (1999; cit. por Garcia, 2009) salientam que o número de CI's que apresenta altos níveis de sobrecarga aumentou para o dobro no início do século XXI. Acrescentam, também, que muitos CI's se confrontam com a perda de emprego ou a perda de regalias no emprego, sentimentos de culpa e falta de esperança associadas ao papel de cuidador.

A prestação de cuidados a um idoso dependente é classificada como uma das ocorrências mais stressantes e perturbadoras no ciclo de vida familiar, uma vez que perante estes problemas alguns familiares se distanciam para evitar confrontos, compromissos desagradáveis, redefinição dos papéis estabelecidos ou por medo de conviver com uma pessoa dependente e medo de também contraírem a doença, mesmo quando não é contagiosa (Silveira, 2000; cit. por Santos, 2008).

A sobrecarga pode ser perspectivada em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira resulta da “exigência dos cuidados prestados e das consequências nas várias áreas da vida do cuidador” (Santos, 2008:63), como por exemplo, restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e o efeito destas alterações no seu bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003). Por outro lado, a sobrecarga subjetiva relaciona-se com os sentimentos e emoções inerentes à situação de cuidar, incluindo a forma como o cuidador sente a situação de sobrecarga e o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão (Abengózar e Serra, 1998; cit. por Pereira, 2008).

Comparativamente com outros membros da família que não cuidam, os CI's manifestam pior saúde apresentando maior incidência de problemas orgânicos tais como distúrbios músculo-esqueléticos, cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios e alterações ao nível do sistema imunológico (Gallant e Connel, 1998; cit. por Pereira, 2008). É frequente os cuidadores tomarem consciência da deterioração gradual da sua saúde física, referindo cansaço físico e fadiga pela acumulação de funções já que, de um modo geral, além de cuidarem do dependente, ainda cuidam dos restantes membros da família, da casa, desempenham, em algumas situações, uma atividade laboral (Pereira, 2008). Têm, também, uma predisposição para uma fragilização do sistema imunitário, alterações na resposta do organismo à vacina da gripe, um aumento do tempo necessário para a cicatrização de feridas e a um aumento da tensão arterial (Weitzner *et al*, 2000; cit. por Pereira, 2008).

Além dos problemas físicos, a saúde mental e emocional dos CI's é também afetada. A depressão é a alteração de saúde que ocorre mais frequentemente. Rodríguez del Álamo (s.d., cit. por Pereira, 2008) num estudo que efetuou com CI's de doentes de Alzheimer verificou a presença de: níveis de ansiedade afetados, hipocondria e outras ideias obsessivas, ideiação paranóide, angústia e pânico, ideias suicidas, irritabilidade, comportamentos hostis e problemas psicossomáticos (cefaleias e outras queixas dolorosas, anorexia, tremores, problemas gástricos, palpitações, arritmias, suores, vertigens e dispneia). O stress emocional gerado pelo papel de cuidador é agravado pelas dificuldades em controlar o próprio tempo, as relações afetivas, as angústias, as tristezas, os medos, a dependência do idoso e as múltiplas responsabilidades (Marques, 2007; cit. por Pereira, 2008).

A vida social do cuidador também é afetada, sendo que a falta de tempo disponível para cuidar de si é o fator referido com maior frequência como gerador de stress (George e Gwyther, 1986; cit. por Pereira, 2008). Os CI's podem sentir-se física e emocionalmente condicionados ao ponto das suas vidas se centrarem apenas no facto de cuidarem da pessoa dependente, sentindo-se culpados se alguma vez pensam em si próprios (Pereira, 2008). Também, devido à sobrecarga das atividades dirigidas ao idoso dependente, diminuem as atividades sociais no

meio a que pertence, não tem férias, não tem tempo para passear, para conviver com a família e amigos. Em algumas situações o CI vê-se confrontado com a necessidade de abdicar da sua atividade laboral, por esta não ser compatível com o cuidar, constituindo mais um motivo de angústia, já que pode ser afetado quer ao nível económico quer ao nível da integração social (Freitas, 2000; cit. por Pereira, 2008).

São vários os fatores que podem aumentar a sobrecarga física, emocional e social dos CI's, dos quais se destaca: género, idade, grau de parentesco, grau de escolaridade, coabitação com o idoso dependente, tempo de prestação, alterações comportamentais e cognitivas do idoso alvo dos cuidados.

Relativamente ao género, Santos (2005) refere que os CI's do género feminino apresentam maior sobrecarga física, emocional e social. Por outro lado os CI's homens têm maior suporte familiar, maior satisfação com o desempenho do papel de cuidador e com o familiar cuidado.

A idade parece ser uma variável diretamente associada com a sobrecarga, sendo que os cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade para lidar com as situações mais problemáticas, mostrando-se os cuidadores mais velhos mais vulneráveis, apresentando níveis de sobrecarga mais elevados (Braithwaite e McGown, 1993, cit. por Pereira, 2008). Por outro lado, estudos desenvolvidos por Riedel, Fredman e Langerberg (1998, cit. por Pereira, 2008) apontam no sentido oposto, constatando que os cuidadores mais jovens evidenciam mais dificuldades na resolução de situações difíceis. No entanto, Santos (2005) refere que a idade não é um fator relevante que altere significativamente a sobrecarga física, emocional e social dos CI's.

Relativamente, ao grau de parentesco, os cônjuges apresentam uma maior sobrecarga. Este facto justifica-se, possivelmente, porque os cônjuges valorizam mais as situações de dependência, assim como as suas repercussões ao nível da dinâmica e da qualidade de vida de ambos, enquanto que as filhas/noras valorizam a família nuclear e o trabalho. Ao efetuar-se o cruzamento das características sócio-demográficas do grupo dos cônjuges com o grupo dos outros familiares (filhos(as) e noras/genros) verificou-se que na sua grande maioria, os cônjuges são reformados ou não possuem atividade profissional e pertencem aos grupos etários mais velhos, daí apresentarem maior sobrecarga (Santos, 2005). No que concerne aos cônjuges, as esposas cuidadoras experimentam mais stress que os maridos cuidadores (Horowitz, 1985; cit. por Lage, 2007). Bris (1994) é de opinião que o isolamento é mais frequente nas mulheres e os homens sabem melhor preservar o seu tempo livre e as suas redes sociais extra-familiares. Esta é das explicações possíveis para a maior sobrecarga sentida pelo grupo das esposas cuidadoras face ao grupo dos maridos cuidadores.

Atendendo ao grau de escolaridade, Santos (2005), considera que esta característica não é relevante para afetar a sobrecarga dos CI's. Por outro lado, Lage (2007), defende que os CI's com menor escolaridade evidenciam níveis de sobrecarga física, emocional e social superior aos que possuem um maior nível de escolaridade. Riedel, Fredman e Langerberg (1998; cit. por Pereira, 2008) justificam este facto dizendo que os cuidadores com níveis de escolaridade superior valorizam mais os aspetos positivos relacionados com o trabalho que desenvolvem e apresentam maior facilidade em lidar com os problemas com que se deparam. A Organização Mundial de Saúde (2010), num documento sobre os determinantes da saúde, refere que baixos níveis de educação estão ligados a uma saúde deficitária, mais stress e baixa auto-confiança. Ou seja, o facto dos CI's possuírem um baixo grau de escolaridade pode fazer com que tenham mais dificuldades na procura e aquisição de recursos sociais que lhes dêem apoio, aumentando assim a sua sobrecarga.

A situação habitacional do CI's tem também influência nos seus níveis de sobrecarga. Farran (2004; cit. por Lage, 2007) assegura que o cuidado é uma experiência stressante particularmente para quem coabita com o idoso.

A prestação informal de cuidados é uma tarefa, tendencialmente, de longa duração, ou seja, pode-se ter uma ideia do início da prestação de cuidados, mas jamais será possível prever o seu término (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; cit. por Loureiro, 2009:31). Vários autores (Santos, 2005; Lage, 2007; Pereira, 2008; e Garcia; 2009) referem que a maioria dos cuidadores encontra-se nesta situação entre 3 a 5 anos. O número de horas dispendidas diariamente para estes cuidados, na maioria, varia entre as 10 e 20 horas, seguidos dos CI's que dispendem 24 horas/dia para apoio o idoso.

Relativamente ao impacto que o tempo (anos e horas/diárias) de prestação de cuidados tem sobre o CI, o estudo realizado pelo Instituto de Segurança Social (2005) concluiu que quanto maior for a duração de cuidados, maior será o impacto na vida do prestador.

Um estudo desenvolvido por Garre-Olmo (2000; cit. por Pereira, 2008:59) mostrou que a “deterioração cognitiva não constitui um factor significativo de sobrecarga, no entanto, os sintomas não cognitivos e a progressiva incapacidade para as actividades de vida diária relacionam-se de forma significativa com a percepção da sobrecarga.” Atendendo a este facto, Pereira (2008), no seu estudo, questionou os CI's de quais eram as manifestações da doença dos idosos cuidados que mais os perturbava. A maioria dos CI's indicou as alterações comportamentais, tais como a inquietação e deambulação, a agitação mental e motora, a agressividade, os delírios, as alucinações e as insónias. As alterações cognitivas como lapsos de memória e perturbações da linguagem foram menos referidas.

PARTE II  
ESTUDO EMPÍRICO

## 1 – METODOLOGIA

### 1.1 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Uma investigação, geralmente, tem como ponto de partida uma dúvida, uma preocupação que impele o investigador para a procura de conhecimento. Ao longo dos anos de exercício de funções como enfermeira no Centro de Saúde de Belmonte, a investigadora sempre se questionou, durante a visitação domiciliária, sobre a qualidade de vida e a sobrecarga dos CI's de idosos dependentes. Relacionado com esta inquietação e, como já foi referido anteriormente, a Ordem dos Enfermeiros (2011) regulamenta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve identificar as necessidades específicas em saúde para poder intervir de modo mais eficaz. Também, a Ordem dos Enfermeiros (2001), refere que os CI's devem ser envolvidos em todo o processo de prestação de cuidados aos seus familiares para a obtenção de ganhos em saúde.

Assim, e tendo em consideração o supracitado, tomou-se como ponto de partida para esta investigação a questão: **“Quais os fatores que mais influenciam a sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos dependentes no concelho de Belmonte?”**

### 1.2 – TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta a questão de investigação e existindo várias opções metodológicas disponíveis, foi necessária uma reflexão para que escolha fosse a mais conveniente, de acordo com o estudo se pretendia realizar. Como salienta Fortin (1999:22)

O método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) O investigador adopta um processo ordenado, o que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados.

A abordagem metodológica seguida neste trabalho remete para um estudo de nível II, uma vez que existe bibliografia variada na temática escolhida, um quadro conceptual e já existem variáveis determinadas (Fortin, 1999).

É um estudo quantitativo em que se pretende fazer a descrição de factos recorrendo ao tratamento estatístico dos dados que se irão recolher (Carmo e Ferreira, 1998).



### 1.3 – OBJETIVOS DO ESTUDO

A investigação científica é “uma actividade de procura objectiva de conhecimentos sobre questões factuais” (Gauthier, 2003:18) e não deve ser conduzida ao acaso. A investigação segue um procedimento análogo ao do pesquisador de petróleo, que para que o seu trabalho seja eficiente e eficaz deve ter bem definido onde perfurar (Quivy e Campenhoudt, 1998). Também, em ciências sociais o investigador deve ter bem definido o que pretende estudar, caso contrário, corre o risco de no final da investigação não ter a resposta ao problema de partida.

Assim, atendendo ao referido anteriormente, foram definidos os seguintes objetivos:

O1 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas suas próprias características sócio-demográficas.

O2 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características contextuais em que o cuidado é prestado.

O3 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características sócio-demográficas do idoso dependente.

O4 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pela sua situação clínica e percepção da qualidade de vida.

O5 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pela situação clínica do idoso dependente.

### 1.4 – VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA CARACTERIZAÇÃO

As variáveis, num projeto de investigação, são fundamentais pois assumem o papel de fio condutor para a investigação (Ribeiro, 2010; cit. por Lemos, 2012). Se algumas variáveis são facilmente observadas e mensuradas, como é o caso do género, idade, outras há que não são tão objetivas, mas todas necessitam de ser operacionalizadas.

Assim, para este estudo considera-se que a Variável Dependente é a sobrecarga dos CI's de idosos dependentes, que já se desenvolveu anteriormente no capítulo 2 da fundamentação teórica.

Vários autores (Bris, 1994; Santos, 2005; Lage, 2007; Pereira, 2008; Garcia, 2009), em seus estudos, dizem que a sobrecarga dos CI's de idosos dependentes é influenciada pela sua idade, género, estado civil, grau de escolaridade, tempo de prestação de cuidados, entre muitas outras características. Assim, considera-se como Variáveis Independentes as características sócio-demográficas dos CI's e dos idosos dependentes, as características contextuais relacionadas com

o cuidado, a situação clínica e percepção da qualidade de vida do CI e a situação clínica do Idoso Dependente. Os Quadros 1, 2, 3 e 4 referem-se à categorização/observações de cada uma das variáveis independentes.

Quadro 1: Características Sócio-demográficas e sua caracterização

	Variáveis Independentes	Categorias / Observações
Cuidadores Informais e Idosos Dependentes	Género	Masculino ou feminino.
	Idade	Em anos.
	Estado civil	Solteira(o), casada(o), união de facto, separada(o)/divorciada(o), viúva(o).
	Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever; sabe ler e escrever, ensino primário/1º Ciclo, Ensino Preparatório, 3º Ciclo, Ensino Secundário, Curso Médio, Curso Superior.
	Situação profissional	Empregada(o), doméstica(o), reformada(o), situação de trabalho descontínuo, desempregada(o), estudante.
	Fonte de rendimento	Trabalho, pensão de reforma/aposentação; pensão de invalidez, pensão de sobrevivência, pensão social, subsídio de desemprego, subsídio de doença, rendimento social de inserção, a cargo de familiares, rendimentos próprios e sem rendimentos.
Cuidadores Informais	Religião professada	Optou-se por questionar os CI's da amostra qual a religião professada, já que o dever religioso pode ser uma forte motivação para a prestação de cuidado ao outro (Bris, 1994). Por exemplo, o amor e a ajuda ao próximo são extremamente valorizados pelo Evangelho.

Quadro 2: Características contextuais relacionadas com o cuidado e sua caracterização

Variáveis Independentes	Categorias / Observações
Formação na área do cuidado	Sim ou Não. Se sim, especificar: área social, área psico-emocional e ao nível dos cuidados físicos.
Relação de parentesco entre idosos e CI's	Filha(o), esposa(o), nora/genro, neta(o), irmã(o).
Tipo de relacionamento antes da prestação de cuidado	Grande proximidade e afeto, próxima, indiferente, distante/fria, conflituosa.
Situação habitacional	Deixou a sua habitação e atualmente habita com ele; levou-o para sua casa; habita em sua casa e desloca-se diariamente para casa dele. Coabitação (nesta situação CI e idoso dependente coabitavam antes da situação de dependência).
Tempo como cuidador	Em anos.
Número de horas destinadas ao cuidado	Em horas.
Apoios para prestar o cuidado	Sim ou Não. Se sim, especificar: área da saúde, social, familiar e económico.
Sentimento do CI perante o cuidado que presta	Obrigação e dever, obra de caridade, uma forma de mostrar afeto, e satisfação pessoal

Quadro 3: Situação clínica e percepção da qualidade de vida do CI e sua caracterização

Variáveis Independentes	Categorias / Observações
Prática de atividade recreativa/lazer	Sim ou não. Se sim, especificar a atividade e regularidade da prática.
Doenças clinicamente diagnosticadas	Sim ou não. Se sim, especificar qual ou quais e data de início do aparecimento da(s) doença(s).
Grau de dependência/independência	Índice de Barthel.
Percepção da qualidade de vida	Muito melhor, um pouco melhor, mais ou menos na mesma, um pouco pior e muito pior.

Quadro 4: Situação clínica do Idoso Dependente e sua caracterização

Variáveis Independentes	Categorias / Observações
Tempo como dependente	Em anos.
Causa de dependência	Especificar qual a causa de dependência.
Doenças clinicamente diagnosticadas	Sim ou não. Se sim, especificar qual ou quais e data de início do aparecimento da(s) doença(s).
Grau de dependência/independência	Índice de Barthel.
Estado cognitivo	Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary.

Para recolher informação relativa às variáveis enumeradas anteriormente elaborou-se um instrumento de colheita de dados que se apresenta seguidamente no ponto 1.6.

### 1.5 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

Vários autores (Carmo e Ferreira, 1998; Quivy e Campenhoudt, 1998; e Fortin, 2009) referem que população ou universo é o conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) abrangidos por uma mesma definição e com características comuns. A população sobre a qual incide o presente estudo são todos os CI's de idosos dependentes que residem no concelho de Belmonte.

O Concelho de Belmonte encontra-se localizado na Região Centro (NUTS II) Sub-Região da Cova da Beira (NUTSIII) no distrito de Castelo Branco, a 85 km da Sede do Distrito e 350 km de Lisboa. É um pequeno concelho, com a área de 133.24 km<sup>2</sup>, tendo como concelhos limítrofes o Sabugal, a Guarda e a Covilhã; nos contrafortes da Serra da Estrela, a uma altitude de cerca de 600 metros.

O concelho divide-se em cinco freguesias: Belmonte, Caria, Colmeal da Torre, Inguias e Maçainhas. Conta com outras povoações, tais como: Gaia, Carvalhal Formoso, Malpique, Monte do Bispo, Olas, Belmonte Gare, Quinta Cimeira e Quinta do Meio.

Em tempos, Belmonte, era um concelho eminentemente agrícola, a indústria de confeções tinha um peso determinante na sua economia, concomitantemente com outras pequenas indústrias como sejam a pequena metalúrgica, construção civil, alimentar e ainda com algum

comércio. Na agricultura destaca-se a produção de fruta (maça, pêssigo, nectarina), cereal (centeio), azeite, vinho, na pecuária a criação de ovelhas e cabras, com a consequente produção de queijo, leite, peles e lã. Contudo, atualmente, é o setor terciário (constituído pelos serviços públicos, bancos, entre outros) que tem mais peso na atividade económica de Belmonte. Do ponto de vista religioso, o concelho integra uma importante comunidade de judeus que se dedicam sobretudo ao comércio itinerante.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) e da PORDATA (2013), em 2011 a população residente era de 6859 habitantes, dos quais 808 eram jovens (0-14 anos), 4 213 constituíam a população ativa (15-64 anos) e 1 838 eram idosos (65 e mais anos). A Densidade Populacional correspondia a 51,5 habitantes/Km<sup>2</sup>.

Após análise dos grupos funcionais, para o mesmo ano, o Índice de Envelhecimento (relação entre o número de idosos e o número de jovens) em Belmonte era de 227,4, sendo superior ao encontrado para Portugal Continental no ano 2011 (127,8); o Índice de Dependência de Idosos (quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) era de 43,6, ultrapassando o Índice de Dependência de Jovens (quociente entre o número de pessoas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos), que era de 19,2. Verifica-se que o Índice de Dependência de Idosos no concelho de Belmonte era muito superior ao encontrado para Portugal Continental, que em 2011 era de 28,8.

A Taxa de Analfabetismo em Belmonte era superior ao do valor encontrado a nível nacional. Assim, e segundo dados do INE (2013) e PORDATA (2013), em 2011 a Taxa de Analfabetismo para Portugal Continental era de 10,4% e no concelho de Belmonte era de 16,3%.

De acordo com o Diagnóstico de Situação do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira, 2012), em Maio de 2012, existiam 8 298 utentes inscritos no Centro de Saúde de Belmonte, sendo que 26,7% desses utentes são pessoas idosas (2 214).

Dado que a população em estudo, é demasiado grande e não estão identificados todos os CI's do concelho de Belmonte, selecionou-se uma amostra por conveniência. Para tal, após atendidos todos os preceitos éticos (Apêndice A), solicitou-se aos médicos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Belmonte listagens de utentes acamados, consultou-se a agenda da equipa de enfermagem das visitas domiciliárias e atenderam-se aos critérios de inclusão e exclusão de participantes, CI's de idosos dependentes, para este estudo:

- Critérios de inclusão:

- ✓ Maiores de dezoito anos;
- ✓ Cuidador principal, ou seja, aquele que está identificado como principal responsável pela situação de apoio ao idoso;
- ✓ No caso de haver mais de um CI, será selecionado aquele que dedica mais horas ao cuidado;
- ✓ Os CI's cuidarem há mais de seis meses;
- ✓ Apoiarem idosos com dificuldade na realização de pelo menos uma Atividade de Vida Diária (AVD);
- ✓ Os CI's não podem ser remunerados pelo apoio que prestam;
- ✓ Ser familiar do idoso dependente
- ✓ CI que aceitem integrar o estudo através de consentimento informado.

- Critérios de exclusão:

- ✓ Todos os CI's de idosos, que à data da aplicação do questionário, estejam internados num hospital, lar ou residência de acolhimento, mesmo que temporariamente;
- ✓ Todos os CI's que não correspondam aos critérios de inclusão.

Assim, obteve-se uma amostra de 50 idosos dependentes e respetivos CI's. Com o apoio do programa SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde) consultaram-se os dados (número de telefone e morada) necessários para estabelecer um contacto prévio com os CI's.

## 1.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para a recolha de informação necessária a este estudo constituiu-se um conjunto de questionários e escalas: Questionário Geral para o Cuidador Informal; Questionário Geral para o Idoso Dependente; Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary; Índice de Barthel; e Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

O instrumento de colheita de dados foi de administração indireta (Quivy e Campenhoudt, 1998), foi a investigadora que o preencheu a partir das respostas que foram fornecidas pelos idosos e respetivos CI's. A administração indireta dos questionários e escalas permitiu em, simultâneo, esclarecer as perguntas e ter uma maior adesão nas respostas. Esta decisão foi tomada tendo por base os dados sócio-demográficos relativos ao concelho de Belmonte, a elevada Taxa de Analfabetismo e o conhecimento prévio que a investigadora tinha da realidade, dado que integra a equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Belmonte.

### **1.6.1 – Questionário Geral para o Cuidador Informal**

Com a finalidade de recolher informação sócio-demográfica, relacionada com o cuidado prestado, com o estado de saúde e qualidade de vida do CI foi constituído um questionário geral. Este instrumento é composto por dezoito questões, que incluem questões abertas e fechadas (Apêndice B).

### **1.6.2 – Questionário Geral para o Idoso Dependente**

Com este instrumento pretendeu-se recolher informação sócio-demográfica, relacionada com o estado de dependência e situação clínica dos idosos cuidados. Este questionário geral é composto com oito questões, que incluem questões abertas e fechadas (Apêndice C).

### **1.6.3 - Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary (SPMSQ)**

Esta escala permite avaliar a função cognitiva ao nível da orientação espaço-temporal, da memória a curto e longo prazo, informação sobre atividades diárias e da capacidade de cálculo. Esta escala é utilizada a nível nacional e europeu e é de aplicação muito rápida. No que concerne aos pontos de corte, Andrade (2009) utiliza: 0-2 erros a função intelectual está intacta; 3-4 erros a deterioração intelectual é baixa; entre 5-7 erros a deterioração intelectual é moderada; e entre 8 e 10 erros a deterioração intelectual é grave. Se o idoso a quem se aplica a escala for analfabeto permite-se mais um erro se, pelo contrário, tiver frequentado o ensino superior retira-se um erro.

Para este estudo, se a pontuação obtida neste teste estivesse compreendida entre 3 e 10 pontos, seria o CI a responder ao questionário geral para o idoso dependente (Apêndice D). Assim, na exposição dos dados obtidos, é referido CI/idoso, já que poderia ter sido o CI ou o idoso dependente a responder ao questionário para o idoso.

### **1.6.4 – Índice de Barthel**

Existem vários métodos para a avaliação funcional das pessoas, das quais, a maioria são escalas de incapacidade ou de Atividades de Vida Diárias (AVD). Estas escalas visam a

mensuração de um conjunto de atividades (alimentação, o vestir, o tomar banho, a mobilidade e a continência), e que normalmente obedecem a uma disposição hierárquica, partindo de funções básicas como a alimentação para funções de nível mais elevado como o subir escadas.

Optou-se neste estudo por utilizar o Índice de Barthel. O Índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, com o intuito de quantificar e monitorizar a dependência ou independência dos indivíduos para a realização AVD básicas. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), que obtiveram, através do estudo das propriedades psicométricas, um nível de fidelidade elevado (*alpha de Cronbach* de 0,96). Este instrumento é amplamente utilizado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O Índice de Barthel mede a capacidade que as pessoas têm na realização de dez AVD: comer; tomar banho; vestir e despir; higiene pessoal; controlo das fezes; controlo de urina; uso de casa de banho; transferência da cadeira para a cama; deambular; e subir e descer escadas.

As pontuações atribuídas às atividades, na versão desenvolvida por Shah, Vancay e Cooper (1989), variam entre 0, 5, 10 e 15 pontos. Louro (2009) utilizou, no seu estudo, esta escala e considerou os seguintes pontos de corte e correspondente classificação:

- ✓ 0-20 pontos – dependência total;
- ✓ 21-60 pontos – dependência severa;
- ✓ 61-90 pontos – dependência moderada;
- ✓ 91-99 pontos – dependência ligeira;
- ✓ 100 pontos – independência.

O Índice de Barthel foi aplicado tanto aos idosos dependentes como aos CI's (Apêndice E), já que atendendo ao elevado Índice de Dependência de Idosos do concelho de Belmonte, achou-se interessante perceber se os CI's dos idosos dependentes apresentam também incapacidades e qual a influência destas na sobrecarga perante o cuidado prestado.

### **1.6.5 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**

Apesar de existirem várias escalas para avaliação da sobrecarga (Caregiver Strain Index de Robison (1983), The Caregiver Burden Inventory de Novak e Guest (1989) e a Subjective and Objective Burden Scale Montgomery, Gonyea e Hooyman (1985)), neste estudo optou-se pela Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) de Zarit (Burden Interview de Zarit).



A ESC foi traduzida, adaptada e validada para Portugal por Sequeira (2010) que refere que este instrumento é o mais utilizado internacionalmente para avaliar a sobrecarga, apresentando boa consistência interna através do *alfa de Cronbach* ( $\alpha=0,93$ ).

Silva (2009:71) corrobora, afirmando que esta permite “avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva dos cuidadores informais, explorando os efeitos negativos sobre estes, em áreas distintas da sua vida: social, pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.” Sequeira (2010) acrescenta que esta escala é válida e fiável para ser utilizada na avaliação do impacto de doenças físicas ou mentais nos CI’s.

Este instrumento, na sua versão original, era constituído por vinte e nove questões, que comportavam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com as pessoas recetora dos cuidados (Sequeira, 2010). Posteriormente, foi revisto e reduzido para vinte e duas questões.

Cada uma destas questões é avaliada segundo uma escala tipo Likert com cinco possíveis respostas, em que: nunca – 1; quase nunca – 2; às vezes – 3; muitas vezes – 4; quase sempre – 5. Existem versões em que a pontuação quantitativa de cada item varia de zero a quatro. Contudo, a maioria dos estudos utiliza a versão com pontuações quantitativas de um a cinco (Sequeira, 2010).

A ESC de Zarit faculta uma pontuação global que varia entre vinte e dois e cento e dez pontos, sendo que (Sequeira, 2010):

- ✓  $\leq 46$  pontos - sem sobrecarga;
- ✓ 46-56 pontos - sobrecarga ligeira;
- ✓  $\geq 56$  pontos - sobrecarga intensa.

O mesmo autor define ainda que o total da sobrecarga do cuidador pode dividir-se em sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva comporta dois fatores: impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal; a sobrecarga subjetiva engloba as expectativas com o cuidar e percepção de auto-eficácia. Assim, tendo por base Custódio (2011), elaborou-se o seguinte quadro:

Quadro 5: Fatores constituintes da ESC de Zarit

		Itens avaliados	Sub-total
Sobrecarga Objetiva	Impacto da prestação de cuidados	- Alteração do estado de saúde; - Elevado número de cuidados; - Alteração das relações sociais; - Escassez de tempo; - Desgaste físico e mental; (Na ESC os itens são: 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22)	11-55 pontos
	Relação interpessoal	- Relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada; (Na ESC os itens são: 4, 5, 16, 18 e 19)	5-25 pontos
Sobrecarga Subjetiva	Expetativas com o cuidar	- Medos, receios e disponibilidade inerentes ao cuidado prestado; (Na ESC os itens são: 7, 8, 14 e 15)	4-20 pontos
	Perceção de auto-eficácia	- Opinião do cuidador face ao seu desempenho; (Na ESC os itens são: 20 e 21)	2-10 pontos
TOTAL			22-110 pontos

A ESC utilizada para recolha de informação relativa à sobrecarga dos CI's encontra-se no Apêndice F.

### 1.7 - PRÉ-TESTE

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário, aplicou-se um pré-teste a três CI's e respetivos idosos dependentes do concelho de Belmonte que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo. Os três questionários foram de administração indireta, para que fosse possível à investigadora esclarecer dúvidas relativas à interpretação das questões do instrumento de colheita de dados. Após aplicação do instrumento de colheita de dados verificou-se que os três CI's e idosos dependentes não manifestaram dificuldades na compreensão, sendo o tempo médio de preenchimento de 1 hora e 50 minutos. Interessa salientar, que os três CI's e

respetivos idosos dependentes que responderam ao pré-teste não foram incluídos no presente estudo.

## 1.8 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a identificação dos indivíduos que respeitavam os critérios de inclusão para este estudo e contacto prévio (telefonicamente ou pessoalmente) para verificar a disponibilidade dos indivíduos da amostra, explicar os objetivos do estudo, as condições de confidencialidade e, nos casos em que se obteve o consentimento informado, marcou-se o dia e a hora para aplicação do questionário.

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013, no domicílio de cada um dos CI's/idosos, em ambiente calmo e sem a presença de terceiros. A duração média de cada aplicação do questionário foi de cerca de 1 hora e 20 minutos (mínimo 45 minutos e máximo 2 horas).

## 1.9 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para se executar o tratamento estatístico, procedeu-se à codificação e informatização dos dados colhidos no programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, para o *Windows* fornecido pela Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico da Guarda. Para além de todas as medidas descritivas, utilizaram-se testes, como por exemplo: *T-student*, Teste de Shapiro-Wilk e Teste de Levene.

## 1.10 - CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

Relativamente a este ponto, Fortin (1999:113) refere que:

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se um estudo, pelos seus métodos de experimentação (...) viola este direito ou é susceptível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável (...)

Ao longo do decurso deste estudo houve a preocupação de respeitar e garantir os direitos dos participantes, informando-os sobre todos os aspetos referentes a esta investigação que poderiam interferir na sua colaboração ou não, manter a honestidade nas relações estabelecidas e aceitar a decisão de interromperem a sua participação no estudo. Foram explicadas as responsabilidades inerentes à investigadora e decorrentes da investigação aos participantes antes da aplicação do instrumento de colheita de dados. Todos os participantes desta investigação assinaram, depois de ler e serem esclarecidas todas as dúvidas, juntamente com a investigadora, o Consentimento Informado (Apêndice G).

O anonimato e confidencialidade são um dos direitos do Homem; estes são assegurados se a identidade do indivíduo não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador, pelo que os questionário e escalas elaboradas são anónimas e não contêm qualquer elemento que identifique os participantes.

## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após terem sido contactados todos (cinquenta) os pares CI's/idosos dependentes, apenas trinta e quatro pares se mostraram disponíveis para participarem neste estudo.

### 2.1 – DADOS RELATIVOS AOS IDOSOS DEPENDENTES

No que concerne à avaliação cognitiva dos idosos dependentes foi definido, na metodologia, que apenas responderiam a todo o questionário os idosos que obtivessem uma pontuação inferior a dois erros no SPMSQ. Assim, 38,2% dos idosos não responderam a qualquer questão do SPMSQ, observando-se uma distribuição assimétrica negativa do número de erros, dado que a média foi de 6,9, a mediana 7 e a moda de 10, o que é confirmado pelo coeficiente de assimetria de -0,4. Apenas dois idosos obtiveram dois ou menos erros no SPMSQ e, por isso, responderam às restantes questões do questionário (Apêndice H - Tabela 1 e 2 e Figura 2). Assim, tal como definido na metodologia, foram trinta e dois CI's que substituindo os idosos dependentes nas respostas ao restante questionário.

Frequência	Caule &	Folha
1,00	0 .	0
3,00	0 .	233
6,00	0 .	444455
10,00	0 .	6666667777
1,00	0 .	8
13,00	1 .	000000000000

Figura 2: Diagrama de Caule e Folhas do número de erros realizados pelos idosos no SPMSQ

#### 2.1.1 - Caracterização sócio-demográfica dos idosos dependentes

Através da análise da Tabela 1 (Apêndice H) conclui-se que os idosos cuidados apresentam uma idade média de 85,4 anos com um desvio padrão de 7,2 anos (mínimo 69, máximo 100), uma mediana de 85 anos, sendo 82 anos a idade mais frequente na amostra. Observa-se (Figura 3) que a distribuição etária é aproximadamente simétrica, podendo considerar-se que as observações estão igualmente distribuídas em torno da idade mediana.

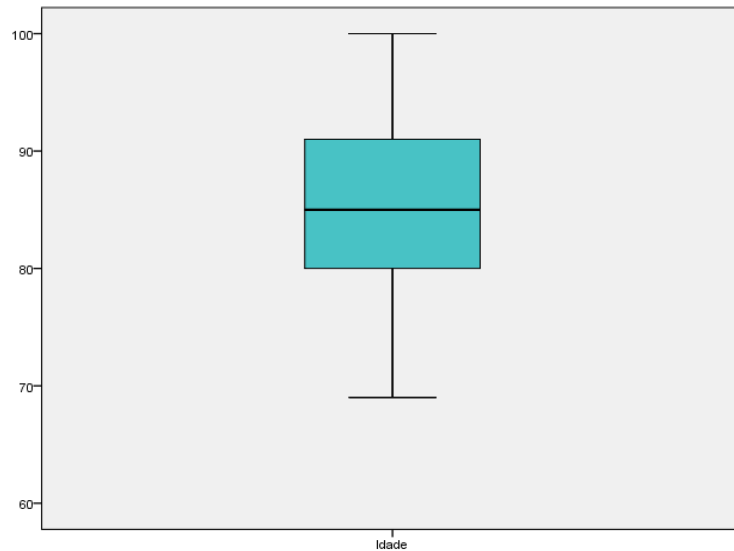


Figura 3: Diagrama de extremos e quartis da idade dos idosos dependentes

Relativamente ao género verifica-se que a maioria da amostra pertence ao género feminino (73,5%) e que, apenas, 26,5% dos idosos dependentes são do género masculino (Gráfico 1 e Apêndice H - Tabela 4).

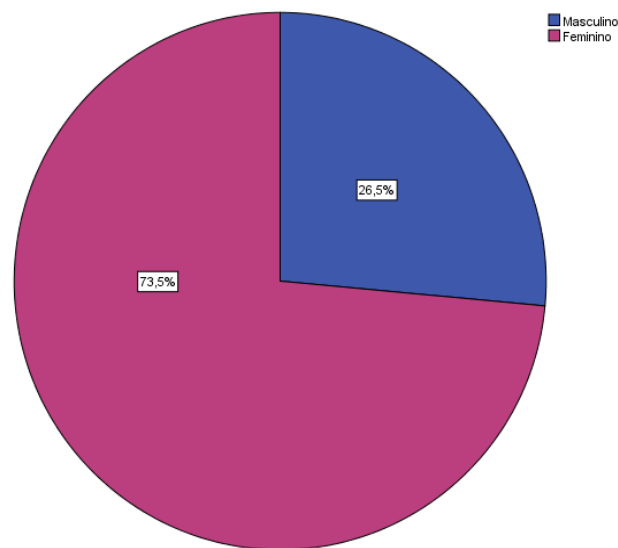


Gráfico 1: Distribuição dos idosos dependentes relativamente ao género

No que diz respeito ao estado civil dos idosos dependentes, 55,9% são viúvos(as), 32,4% são casados(as) e 11,8% são solteiros(as) (Apêndice H - Tabela 4).

No que concerne à escolaridade verifica-se uma taxa de analfabetismo bastante elevada, com 73,5% dos idosos cuidados a não saber ler nem escrever, 5,9% a saber ler e escrever e apenas 20,6% frequentaram o ensino básico (Apêndice H- Tabela 4).

Como atividade profissional exercida, verifica-se que a maior percentagem de idosos trabalhava no setor primário (61,8% - agricultura), seguindo-se o setor terciário com comerciantes, domésticas, ferroviários, empregadas de limpezas e auxiliares de apoio e vigilância. O setor secundário é aquele que tem menor representatividade (8,8%- empregado de construção civil e costureiras). De salientar que um idoso nunca exerceu qualquer atividade profissional devido ao fato de ser dependente desde criança (Gráfico 2 e Apêndice H - Tabela 4).

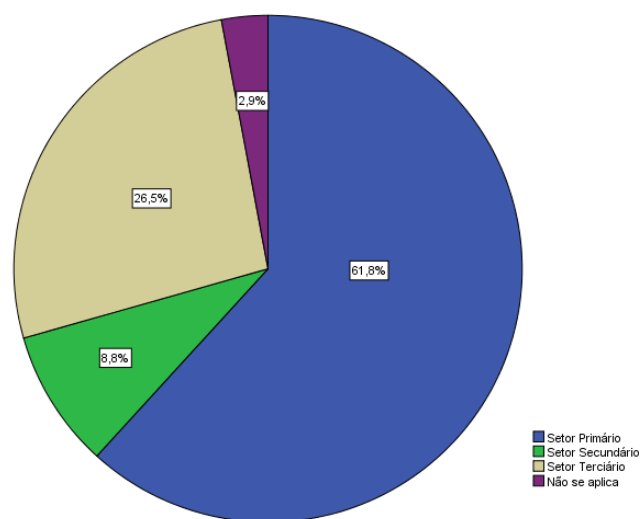


Gráfico 2: Distribuição dos idosos dependentes relativamente à atividade profissional

A pensão de reforma prevalece como fonte de rendimento, com 88,2% dos idosos dependentes, sendo que os restantes idosos usufruem de pensão de sobrevivência ou social (Apêndice H - Tabela 4).

### 2.1.2 - Caracterização da situação clínica dos idosos dependentes

Relativamente às causas para o estado de dependência dos idosos, 82,6% manifestaram apenas uma causa, enquanto que 17,6% referiram duas causas. Assim, a Tabela 1 refere-se aos idosos que apenas apresentam uma causa de dependência e observa-se que o AVC é a principal causa de dependência (20,6%), seguindo-se os casos de demência (11,8%).

Tabela 1: Idosos que manifestaram uma causa de dependência

Causa de dependência	N.º	% (n=34)
AVC	7	20,6
Demência	4	11,8
Fratura do colo do fêmur	3	8,8
Senilidade	3	8,8
Dificuldades de deambulação/mobilidade	2	5,9
Fratura do membro inferior	2	5,9
Amputação do membro inferior	1	2,9
Carcinoma do intestino	1	2,9
Carcinoma do reto	1	2,9
Depressão Major	1	2,9
Doença genética	1	2,9
Meningite	1	2,9
Perfuração intestinal com sepsis	1	2,9
Duas causas de dependência	6	17,6
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Na Tabela 2 pode-se observar que seis idosos manifestaram duas causas associadas para o estado de dependência, já que não conseguiram dissociar as causas e referir uma única causa para o estado de dependência.

Tabela 2: Idosos que manifestaram duas causas de dependência

Causas de dependência	Nº	% (n=34)
Dificuldades de deambulação/mobilidade + Excesso de peso	1	2,9
Dificuldades de deambulação/mobilidade + Artroses	1	2,9
AVC + Demência	1	2,9
AVC + Amputação do membro inferior	1	2,9
Elefantíase + Excesso de peso	1	2,9
Carcinoma do intestino + Linfoma	1	2,9
Uma causa de dependência	28	82,4
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>



No Gráfico 3 pode observar-se o tempo de dependência dos idosos. A maioria dos idosos encontra-se dependente entre 1 a 5 anos, seguindo-se idosos dependentes entre 5 e 10 anos. Com um tempo de dependência inferior a 1 ano encontram-se seis idosos e quatro deles apresentam-se dependentes há mais de 10 anos (Apêndice H - Tabela 5). O valor médio encontrado para o tempo de dependência dos idosos é de 7,8 anos com um desvio padrão de 12 anos, que é indicativo de uma grande dispersão da variável. A mediana é de 5 anos e o valor mais frequente é de 3 anos. O valor máximo para o tempo de dependência referido foi de 69 anos, que corresponde a uma idosa que sofreu uma meningite ainda criança, sendo dependente desde essa data (Apêndice H - Tabela 6).

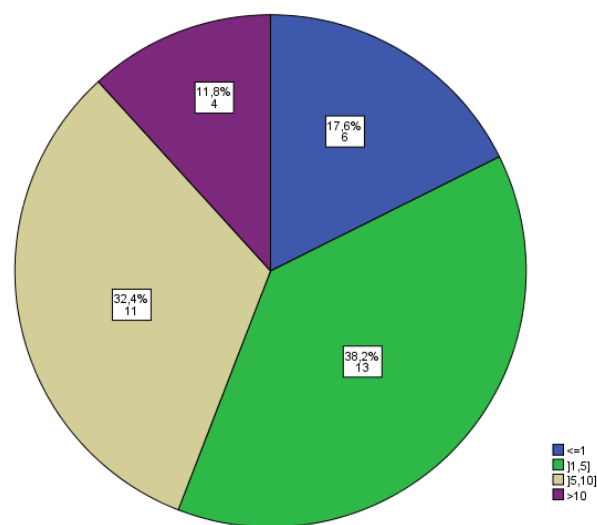


Gráfico 3: Distribuição dos idosos dependentes relativamente ao tempo de dependência (anos)

Conhecidas as causas de dependência evidenciou-se, na Tabela 3, as patologias clinicamente diagnosticadas nos idosos dependentes. Dos trinta e quatro idosos da amostra, 79,4% têm doenças diagnosticadas (Apêndice H - Tabela 7). A Diabetes Mellitus foi a doença mais mencionada com 38,2%, seguindo-se da HTA (29,4%) e da Insuficiência Cardíaca (14,7%). Vários participantes referiram ter duas ou mais doenças associadas.

Tabela 3: Doenças clinicamente diagnosticadas no idoso dependente

Variável	Nº	% (n=34)
	Diabetes Mellitus	13 38,2
	HTA	10 29,4
	Insuficiência cardíaca	4 11,8
	Hipercolesterolemia	3 8,8
Doenças clinicamente diagnosticadas	Angina de peito	2 5,9
	Asma	2 5,9
	DPOC	2 5,9
	Insuficiência respiratória	2 5,9
	Hipertrofia prostática	2 5,9
	Cirrose hepática	1 2,9
	Colite crônica	1 2,9
	Úlcera gástrica	1 2,9

Também se questionou relativamente à idade de aparecimento das patologias clinicamente diagnosticadas. Verificou-se que, em média as doenças foram diagnosticadas entre os 62 e os 80 anos (mínimo – Diabetes Mellitus aos 45 anos e máximo – DPOC aos 90 anos) (Apêndice H - Tabela 8).

Relativamente ao grau de dependência dos idosos da amostra verifica-se que a maioria dos idosos (44,1%) se encontra severamente dependente e que 41,2% são totalmente dependentes dos seus CI's (Tabela 4). O valor médio encontrado para o Índice de Barthel foi de 33,5, com desvio padrão de 27,2 (mínimo 0 e máximo 90) indicando que os valores são muito dispersos. O valor mediano foi de 37,5 e a pontuação mais frequente foi de 0 (Apêndice H - Tabela 9).

Tabela 4: Pontuações obtidas pelos idosos dependentes no Índice de Barthel

Variável	Pontuação	Classificação	Nº	% (n=34)
	100	Independência	0	0
	91-99	Dependência ligeira	0	0
Índice de Barthel	61-90	Dependência moderada	5	14,7
	21-60	Dependência severa	15	44,1
	0-20	Dependência total	14	41,2
TOTAL			34	100

## 2.2 – DADOS RELATIVOS AOS CUIDADORES INFORMAIS

Apresentam-se de seguida os dados relativos aos CI's recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados (Apêndices B, E e F).

### 2.2.1 - Caracterização sócio demográfica dos CI's

Os CI's da amostra têm idades compreendidas entre os 38 e os 89 anos, com uma média de 65,2 anos e desvio padrão de 12,6, evidenciando uma significativa variação em relação à média. A idade mais frequente dos CI's é de 60 anos sendo a mediana de 65 anos (Apêndice I-Tabela 1 e Figura 4).

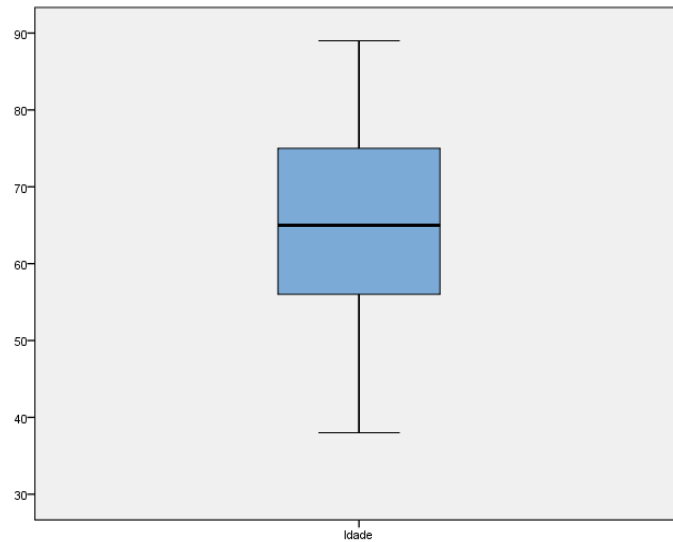


Figura 4: Diagrama de extremos e quartis da idade dos CI's

No que concerne ao género dos CI's constatou-se que na sua maioria (88,2%) são do género feminino (Gráfico 4 e Apêndice I- Tabela 2).

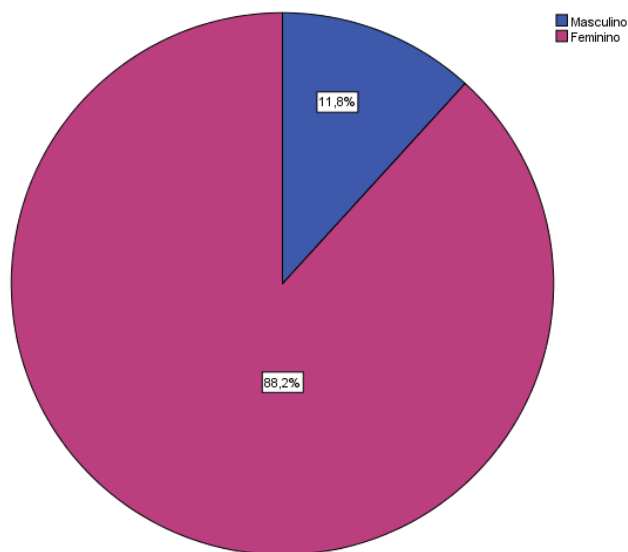


Gráfico 4: Distribuição dos CI's relativamente ao género

A maioria da amostra de CI's (82,4%) são casados(as), 8,8% encontram-se separados(as)/divorciados(as) e 2,9 são solteiros(as) (Apêndice I- Tabela 2).

Os inquiridos apresentam baixos níveis de escolaridade, verificando-se que 64,7% têm apenas o ensino primário (1º ciclo) e 5,9% são analfabetos (Apêndice I- Tabela 2 e Gráfico 5).

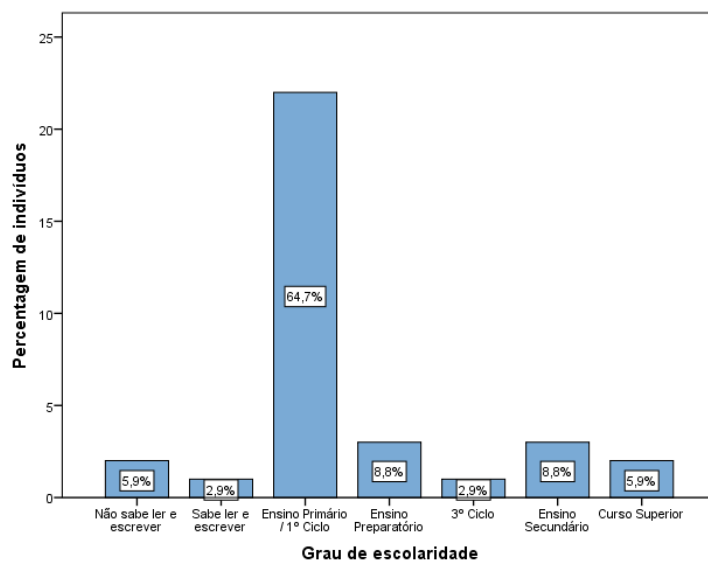


Gráfico 5: Distribuição dos CI's relativamente ao grau de escolaridade

Relativamente à situação profissional, a maioria dos CI's (67,6%) são reformados e apenas 23,5% estão empregados (Apêndice I- Tabela 2 e Gráfico 6). A pensão de reforma/aposentação é a principal fonte de rendimento seguindo-se o vencimento do trabalho. De salientar que um CI não tem qualquer fonte de rendimento.

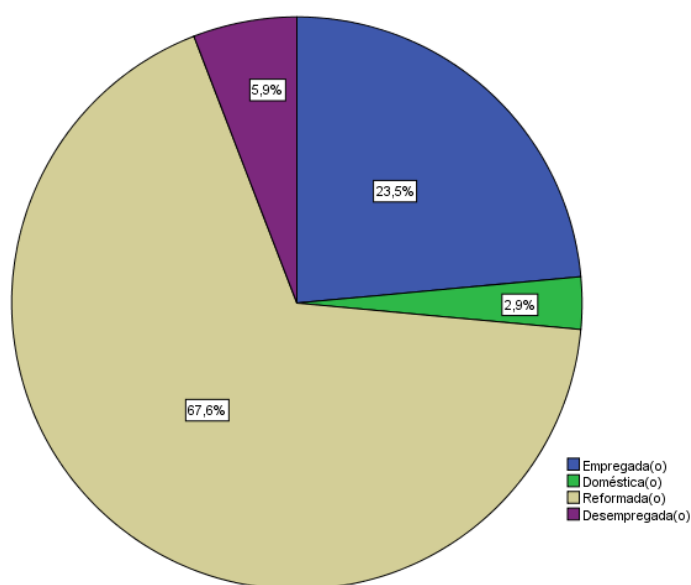


Gráfico 6: Distribuição dos CI's relativamente à situação profissional

Dos CI's pertencentes à amostra (n=34), 15 desenvolvem ou desenvolveram a sua atividade no setor primário (agricultores, mineiros) ou no setor secundário (costureiras,

empregadas de fábrica de confecções). O setor terciário é aquele que tem maior representatividade, com comerciantes, feirantes, domésticas, professoras do 1º Ciclo, empregadas de limpeza, enfermeiras, empregadas de balcão, auxiliares de ação médica, assistentes técnicas (Apêndice I- Tabela 2 e Gráfico 7).

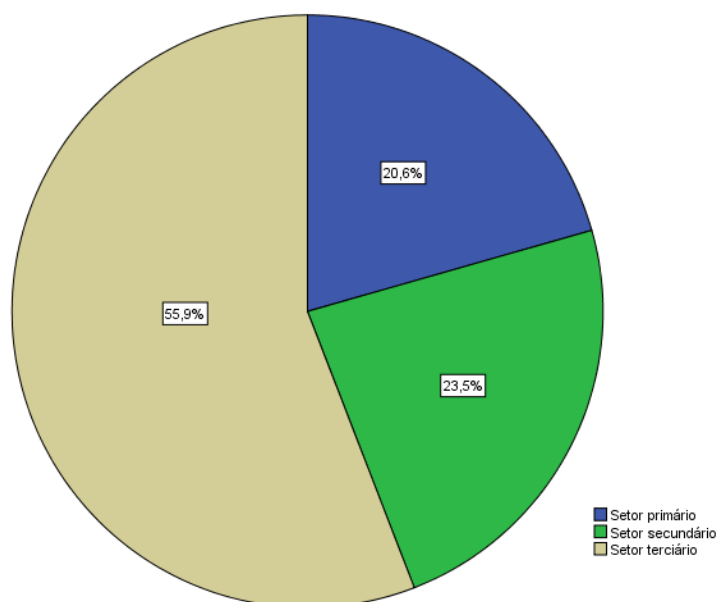


Gráfico 7: Distribuição dos CI's relativamente à atividade profissional

No que concerne à religião professada pelos CI's, a grande maioria diz-se Católica (91,2%), seguindo-se da religião Judaica (5,9%) e Testemunha de Jeová (2,9%) (Apêndice I- Tabela 2).

### 2.2.2 - Caracterização da situação clínica e percepção da qualidade de vida dos CI's

Em relação à prática de atividades recreativas/lazer, verifica-se que 70,6% dos CI's praticam alguma atividade que lhes permite descontrair e relaxar (Apêndice I - Tabela 3). Assim, as atividades recreativas/lazer mencionados pelos CI's foram: caminhada, ir ao café, ler, agricultura, fazer croché, tricot, fazer malha e andar de bicicleta – havendo alguns que praticam mais do que uma atividade (Gráfico 8 e Apêndice I - Tabela 4). Destas, destaca-se a caminhada por ser praticada por maior número de pessoas (12, n=34). A regularidade da prática das atividades varia entre o diário, uma vez por semana ou esporádico (Apêndice I - Tabela 5).

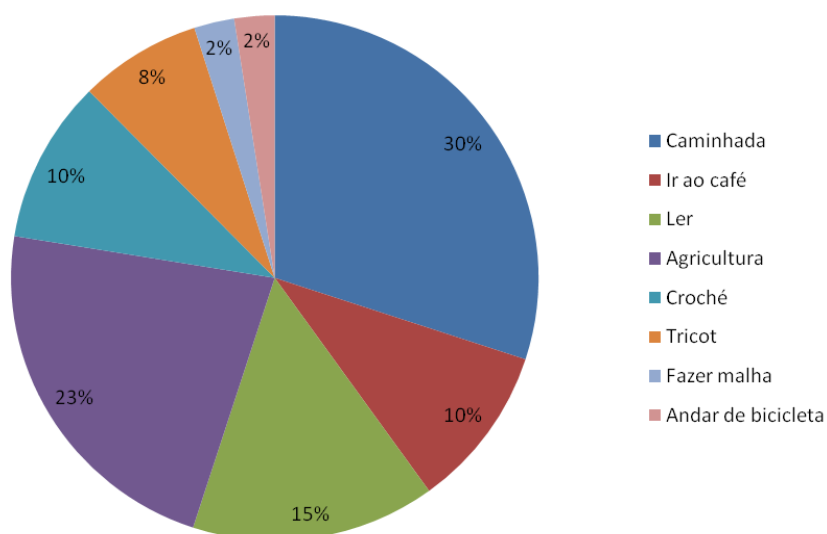


Gráfico 8: Distribuição dos CI's pelas atividades recreativas/lazer

Na questão do instrumento de recolha de dados que pretendia averiguar se os CI's apresentavam patologias clinicamente diagnosticadas, 67,6% responderam afirmativamente (Apêndice I - Tabela 6). Na Tabela 5 pode-se observar que a HTA é a afeção mais vezes referida, com 20,6% dos CI's, seguindo-se da Diabetes Mellitus (17,6%). Torna-se importante salientar que vários CI's referiram ter mais do que uma doença clinicamente diagnosticada. Relativamente à idade média de aparecimento das várias doenças referidas pelos CI's, verificou-se que foi entre os 6 e os 64 anos (mínimo – 6 anos com Asma; e máximo – 68 anos com HTA e Tendinite) (Apêndice I - Tabela 7).

Tabela 5: Doenças clinicamente diagnosticadas nos CI's

Variável	Nº	% (n=34)	
Doenças clinicamente diagnosticadas	HTA	7	20,6
	Diabetes Mellitus	6	17,6
	Bronquite asmática	2	5,9
	Colite ulcerosa	2	5,9
	Depressão	2	5,9
	Fibromialgia	2	5,9
	Reumatismo	2	5,9
	Tendinite	2	5,9
	Artroses	1	2,9
	Asma	1	2,9
	Gota	1	2,9
	Miopia	1	5,9
	Osteoporose	1	2,9
	Refluxo gástrico	1	2,9
	Rinite alérgica	1	2,9
	Tumor	1	2,9

Dos inquiridos, 55,9% percebe que a sua qualidade de vida é mais ou menos a mesma que a das pessoas com a mesma idade e género (Gráfico 9 e Apêndice I - Tabela 8). Refira-se ainda que, em tal comparação, nenhum CI considera ter muito melhor qualidade.

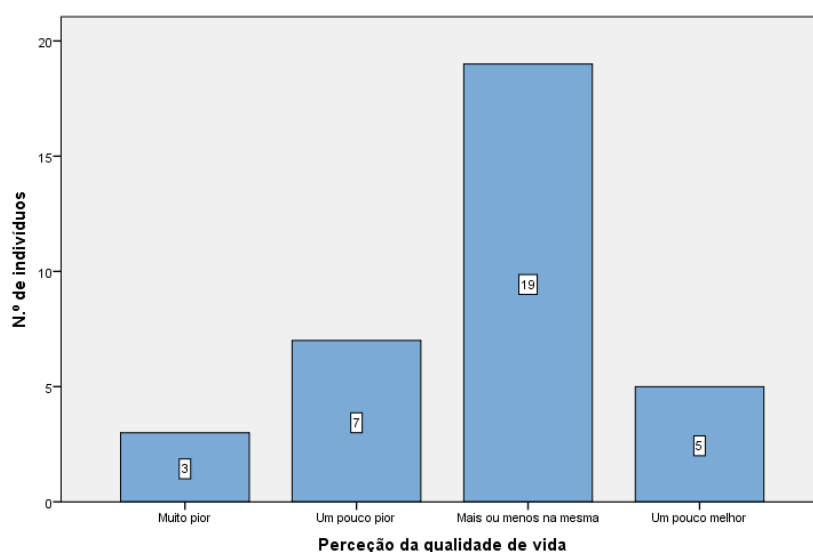


Gráfico 9: Distribuição dos CI's relativamente à percepção da qualidade de vida



Para se avaliar o grau de dependência do CI foi-lhe aplicado o Índice de Barthel. Verificou-se que a grande maioria (70,6%) são independentes nas suas AVD's, contudo temos 17,6% CI's com dependência ligeira e 11,8% com dependência moderada (Gráfico 10 e Apêndice I - Tabela 9). Observa-se uma distribuição assimétrica negativa, já que a média é de 96,9 pontos, a mediana 100 pontos e a moda de 100 pontos, o que se confirma pelo coeficiente de assimetria de -2,8 (Apêndice I - Tabela 10).

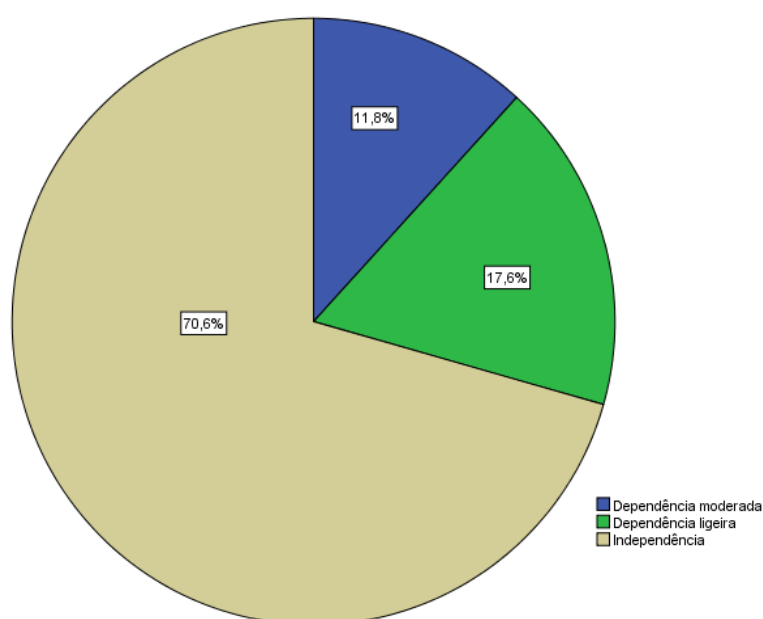


Gráfico 10: Pontuações obtidas pelos CI's no Índice de Barthel

### 2.2.3 - Características contextuais relacionadas com o cuidado

Metade dos CI's inquiridos são filhas(os) dos idosos dependentes (50%, n=34) e 20,6% são esposas(os). Noras/genros e irmãs(os) têm igual representatividade (11,8%). A amostra também integra como CI, uma sobrinha e uma prima. (Apêndice I - Tabela 11 e Gráfico 11).

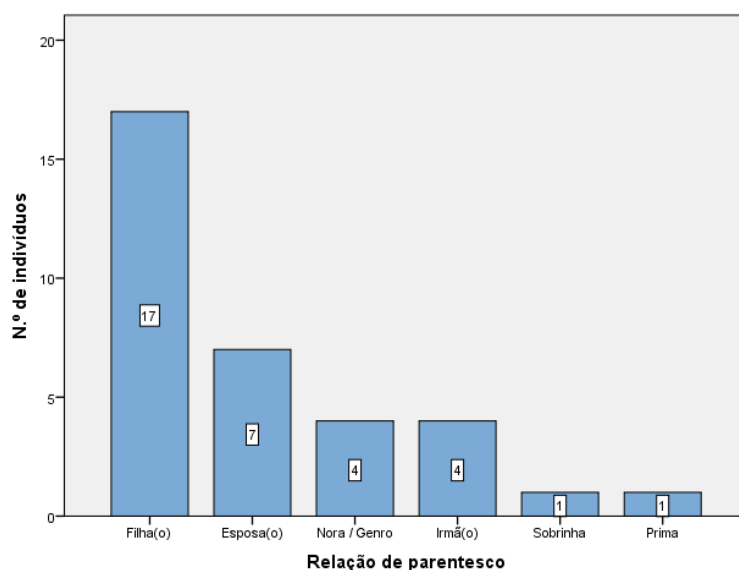


Gráfico 11: Distribuição dos CI's relativamente ao grau de parentesco com o idoso dependente

O Gráfico 12 (e Apêndice I - Tabela 12) evidencia os dados relacionados com a duração da prestação de cuidados em anos. Assim, a maioria dos CI's (41,2%) presta cuidados entre 5 a 10 anos e 32,3% entre 1 a 5 anos. O valor médio de prestação de cuidados é de 7,3 anos (mínimo 0,67, que corresponde a 8 meses e um máximo de 20 anos) com desvio padrão de 5,6. A mediana do tempo de prestação de cuidados é de 6 anos e o valor mais observado de 10 anos (Apêndice I - Tabela 13). Apesar do grande desvio em relação à média observa-se que grande parte dos CI's já o é há um número significativo de anos.

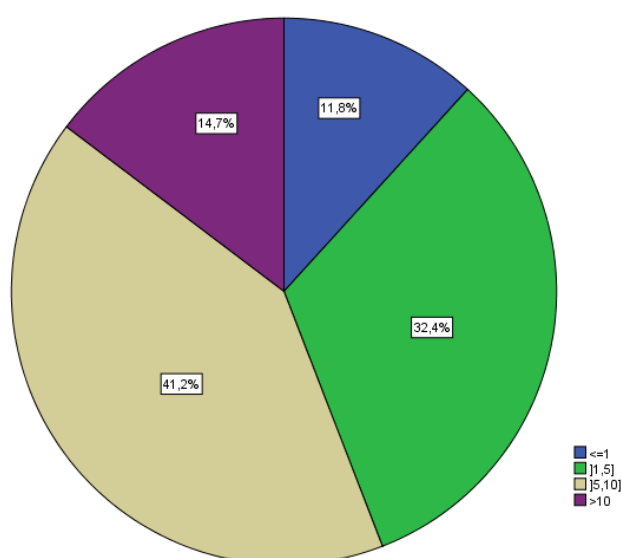


Gráfico 12: Distribuição dos CI's relativamente ao tempo, em anos, de prestação de cuidados

Em relação ao número de horas diárias destinadas ao cuidado, 73,5% dos CI prestam cuidados entre 1 a 4 horas diárias, os restantes (26,5%) prestam cuidados entre 4 e 8 horas/dia (Apêndice I - Tabela 14). Verifica-se que a mediana e a moda apresentam o mesmo valor (4 horas/dia), o valor médio é de 3,7 horas/dia com desvio padrão de 1,7. O número de horas mínimo para a prestação de cuidados é de 1 hora/dia e máximo é de 8 horas/dia (Apêndice I - Tabela 15).

Ao analisar-se o tipo de relacionamento entre CI e idoso antes da prestação de cuidado, verifica-se que a maioria mantinha uma relação próxima (41,2%), seguindo-se uma relação de grande intimidade e afeto (38,2%), relacionamento conflituoso é manifestado por seis CI's e apenas um refere um relacionamento distante/frio (Gráfico 13 e Apêndice I - Tabela 16).

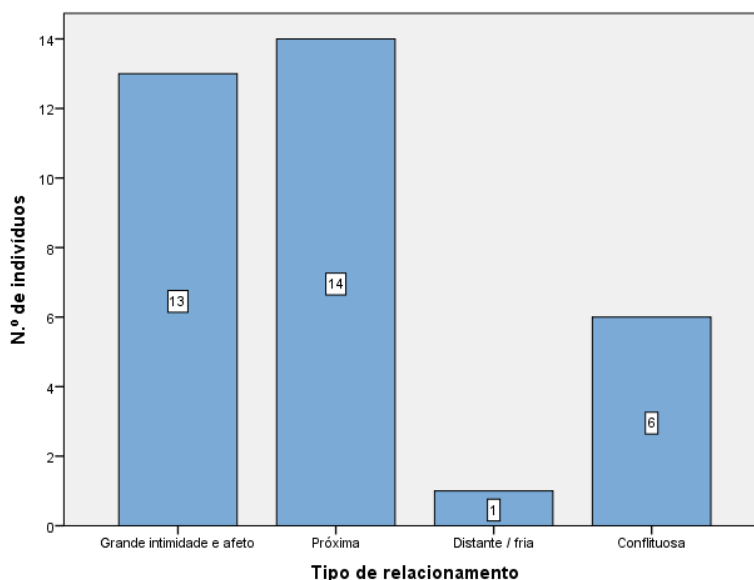


Gráfico 13: Distribuição dos CI's relativamente ao tipo de relacionamento com o idoso dependente antes da prestação de cuidados

Para cuidar do familiar dependente, 44,1% dos CI levou o idoso para sua casa, 14,7% deixou a sua habitação e atualmente habita com o familiar, 20,6% habita em sua casa e desloca-se diariamente a casa do familiar e 20,6% moram em regime de coabitação com o familiar (Apêndice I - Tabela 17).

Relativamente à formação na área do cuidado, apenas 20,6% (n=34) dos CI's possui formação (Apêndice I - Tabela 18). Observando-se, na amostra, que todos eles têm formação ao nível dos cuidados físicos, 5,9% possui formação na área social e 8,8% refere ter formação na área psico-emocional (Apêndice I - Tabela 19).

Em relação ao sentimento dos CI's perante o cuidado que prestam ao familiar, a maioria (76,5%) demonstram que é uma obrigação e dever, 2,9% refere ser uma obra de caridade, 11,8% referem o cuidado como uma forma de mostrar afeto e 8,8% manifestam uma satisfação pessoal no cuidado que prestam (Gráfico 14 e Apêndice I - Tabela 20).

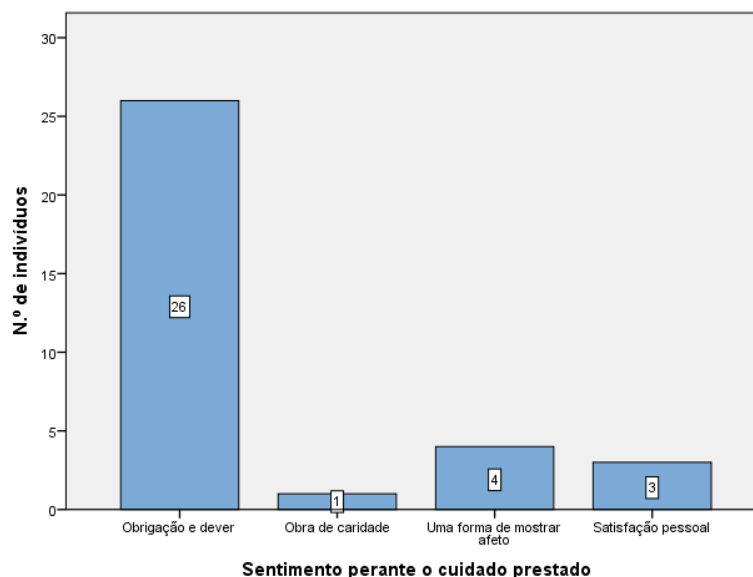


Gráfico 14: Distribuição dos CI's relativamente ao sentimento perante o cuidado prestado

Todos os CI's da amostra usufruem algum tipo de apoio para cuidar dos seus familiares (Apêndice I - Tabela 21). Assim, no que concerne aos apoios na área da saúde, 64,7% dos CI's referem apoio de VD médica do serviço público e 5,9% recebem a visita domiciliária do médico particular. No que respeita à VD de enfermagem, 44,1% dos CI's são apoiados pelo do serviço público e apenas um CI pelo serviço particular. Nenhum CI recebe ajudas técnicas do serviço público e/ou particular (Gráfico 15 e Apêndice I - Tabela 22).

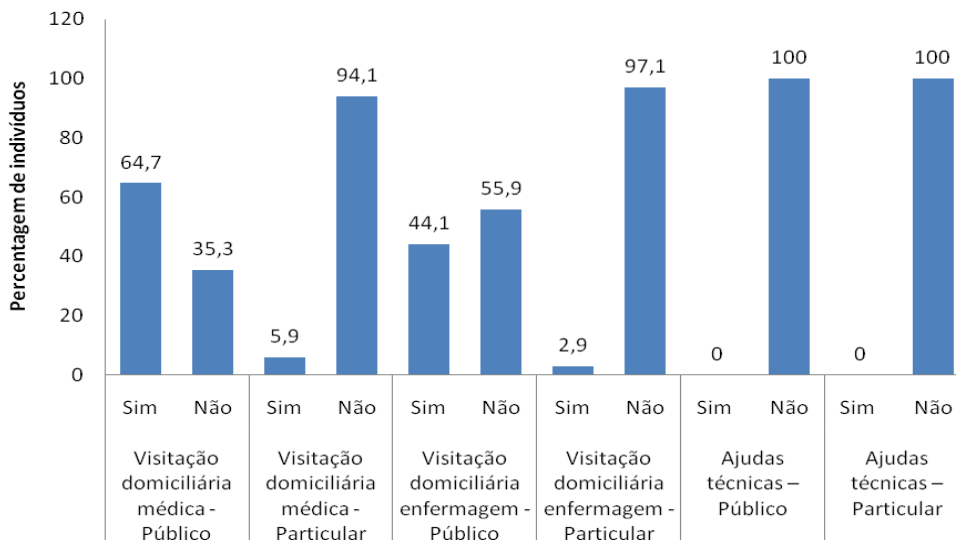


Gráfico 15: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios que recebem na área da saúde

Em relação ao apoio social identificaram-se três prestadores de serviços que prestam apoio ao nível da higiene pessoal do familiar, higiene habitacional, lavagem das roupas e fornecimento de refeições – Santa Casa da Misericórdia, Centro de Dia e empregada doméstica (Gráfico 16 e Apêndice I - Tabela 23).

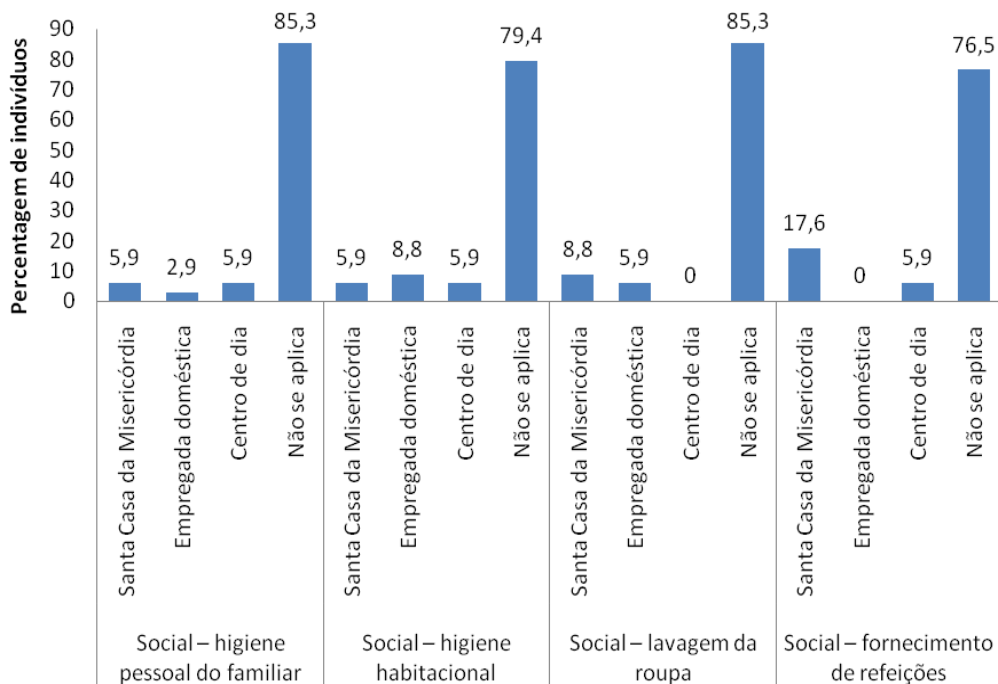


Gráfico 16: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios sociais

Também se questionaram os CI's quanto ao pagamento a alguma pessoa/instituição para cuidar do seu familiar sempre que era necessário. A maioria (85,3%) não paga a nenhuma pessoa/instituição para cuidar do familiar. Dois dos inquiridos disseram pagar a uma empregada doméstica, um CI paga a uma sobrinha e dois CI's à Santa Casa da Misericórdia (Tabela 6).

Tabela 6: Pagamento a pessoa/instituição para cuidar do familiar

Variável	Nº	% (n=34)	
Apoio social	Não	29	85,3
	Empregada doméstica	2	5,9
	Sobrinha	1	2,9
	Santa Casa da Misericórdia	2	5,9
	TOTAL	34	100

No que concerne ao apoio/substituição por parte de um familiar do CI para cuidar do idoso dependente, observou-se que apenas 18 CI's (n=34) recebem esta ajuda. As ajudas familiares partem essencialmente dos filhos e irmãos do CI. Também foram referidos os maridos, noras e cunhadas como prestando apoio familiar ao CI para cuidar do idoso sempre que necessário (Gráfico 17 e Apêndice I - Tabela 24).

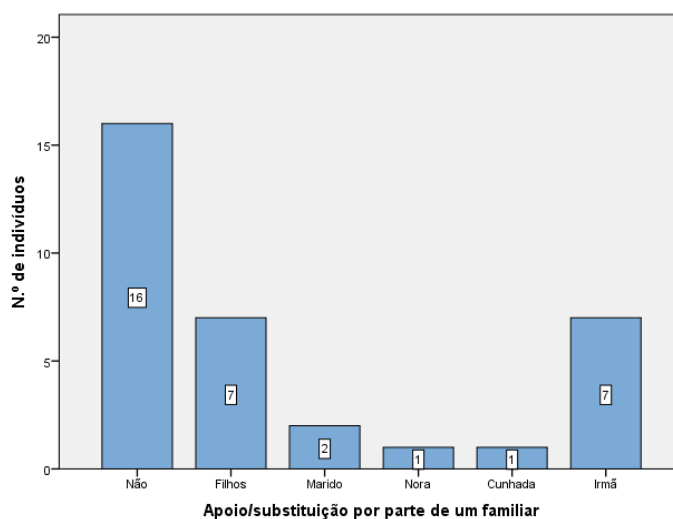


Gráfico 17: Distribuição dos CI's relativamente ao apoio/substituição por parte de um familiar para cuidar do idoso dependente

No apoio económico, 88,2% têm apoio para comprar a medicação do familiar, 82,4% recebem ajuda económica para a alimentação, 76,5% dos CI's têm apoio para aquisição de fraldas e 14,7% recebem ajudas técnicas (Gráfico 18 e Apêndice I - Tabela 25).

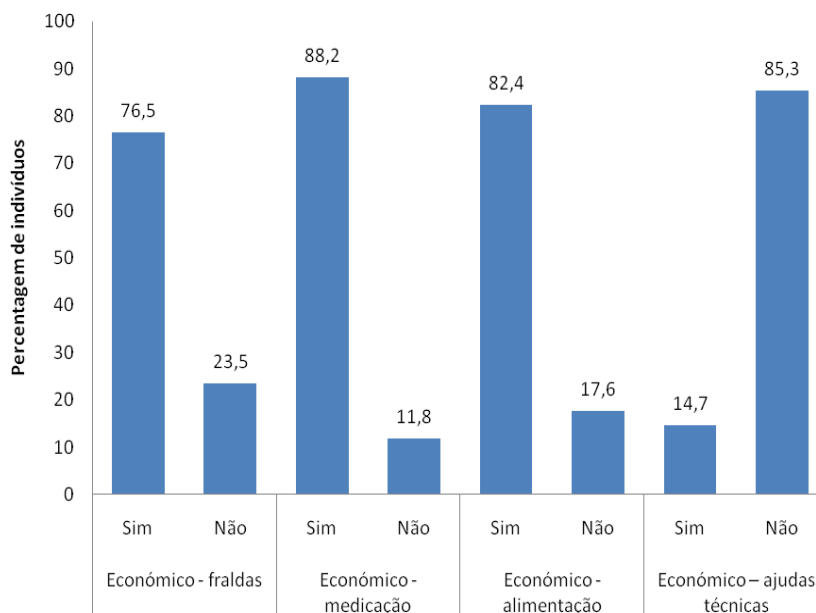


Gráfico 18: Distribuição dos CI's relativamente aos apoios económicos

#### 2.2.4 – Sobrecarga nos cuidadores informais

Apesar da extensa utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Ferreira, sd; Santos, 2008; Custódio, 2011) como instrumento de medida da referida sobrecarga, procedeu-se à avaliação da sua consistência interna para a amostra em estudo através do *alfa de Cronbach*, tal como é sugerido por Tavakol e Dennick (2011). Constatou-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna dado que o valor do *alfa de Cronbach* é de 0,84, no intervalo 0.7 a 0.95 (Tavakol e Dennick, 2011), sendo semelhante ao obtido em outros estudos (Lemos, 2012).

No que concerne aos níveis de sobrecarga do CI, verifica-se que 44,1% dos CI's da amostra encontram-se com níveis de sobrecarga intensa, 38,2% têm níveis de sobrecarga ligeira e apenas 17,6% não apresentam níveis de sobrecarga (Apêndice I – Tabela 26).

Pela análise da pontuação total na Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, conclui-se que a média é de 56,6 pontos (mínimo 34 e máximo 88), a mediana 55 pontos e a moda de 52 pontos, observando-se que a distribuição da variável é assimétrica positiva indicando um

afastamento do eixo de simetria, dada influência dos valores mais elevados (Apêndice I - Tabela 27).

Havendo indicações de que a sobrecarga do cuidador é multidimensional, como é sugerido e fundamentado no estudo de Sequeira (2010), consideraram-se as seguintes dimensões: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção de auto-eficácia organizadas em duas perspetivas, a objetiva e subjetiva. Através da análise dos valores das médias obtidas para a pontuação global e cada um dos fatores da ESC (tendo em conta que cada fator agrega um conjunto de itens em número diferente, tal como se apresenta no Quadro 1), observa-se que os CI's inquiridos apresentam um valor mais elevado na sobrecarga subjetiva e mais concretamente no item expectativas face ao cuidar. No entanto, é também na sobrecarga subjetiva que surge o item com média menos elevada, percepção de auto-eficácia (Tabela 7 e Gráfico 19).

Tabela 7: Medidas descritivas da pontuação global e dos fatores da ESC de Zarit

ESC de Zarit	n	Média	Min.	Máx.	Desvio padrão
<b>Total da Sobrecarga do cuidador</b>	34	2,6	1,5	4	0,5
<i>Sobrecarga objetiva</i>	34	2,5	1,1	4,3	0,7
Impacto da prestação de cuidados	34	2,5	1,2	4,3	0,8
Relação interpessoal	34	2,4	1	4,6	0,7
<i>Sobrecarga subjetiva</i>	34	2,8	1,8	3,7	0,4
Expectativas face ao cuidar	34	3,7	2,2	5	0,6
Percepção de auto-eficácia	34	1,1	1	3	0,3



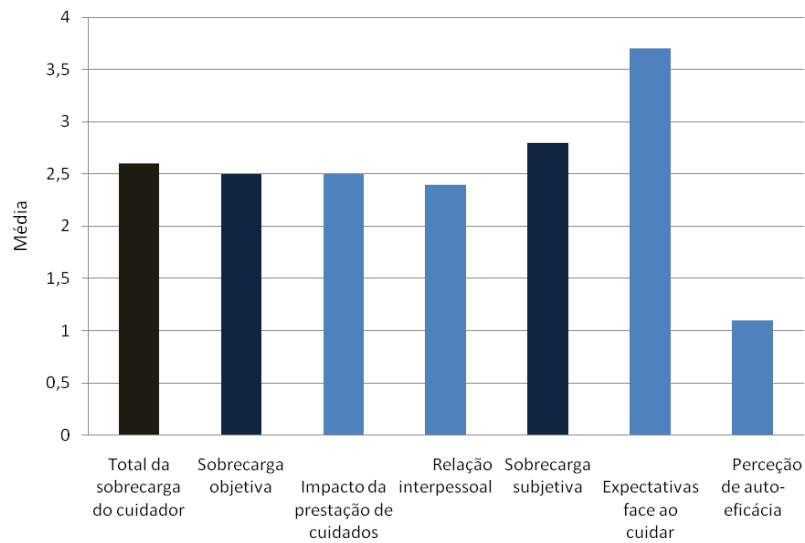


Gráfico 19: Médias da ESC (global) e fatores constituintes

No Gráfico 20 apresentam-se os valores médios de cada uma das dimensões para cada um dos indivíduos da amostra. Verifica-se, também, que é na dimensão expectativas face ao cuidar que se observam os valores médios mais elevados em praticamente todos os CI's da amostra.

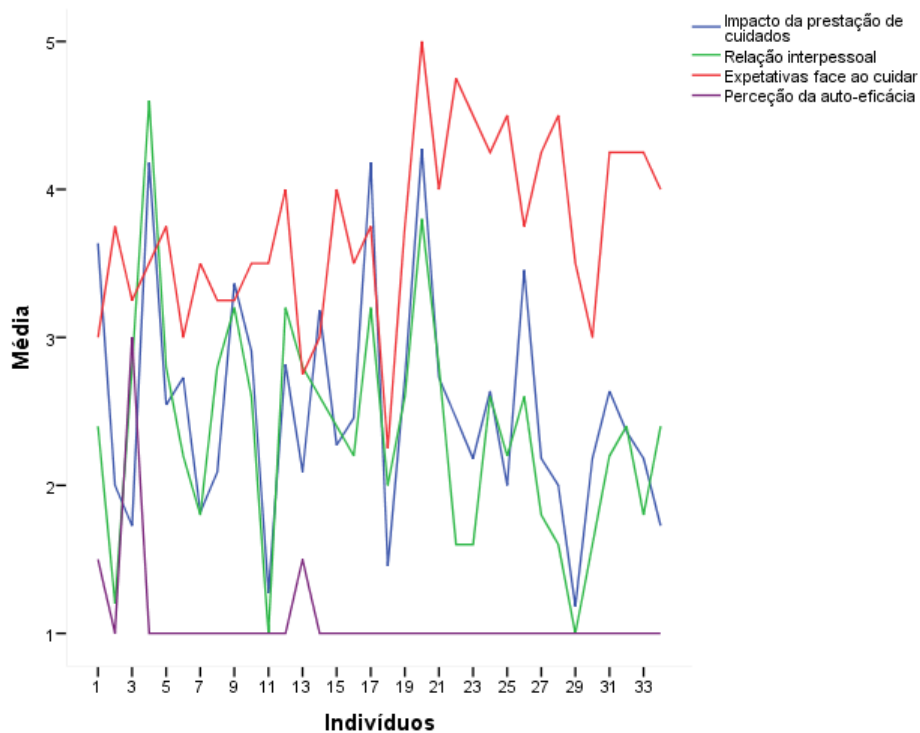


Gráfico 20: Distribuição das médias obtidas nos fatores constituintes da ESC de Zarit pelos CI's

### 3 - VERIFICAÇÃO DE OBJETIVOS

No início desta investigação estabeleceram-se objetivos que nortearam todo o trabalho. Nesta fase do estudo proceder-se-á à verificação dos objetivos previamente definidos. Interessa salientar que devido ao tamanho reduzido da amostra, parte do estudo baseia-se numa análise descritiva bivariada, não tendo sido possível aplicar outros procedimentos estatísticos. Assim, proceder-se-á à análise das variáveis em causa face à pontuação obtida na ESC de Zarit pelos CI's, sempre que não sejam verificadas as condições para aplicar os procedimentos estatísticos que pudessem ser indicados na verificação dos objetivos.

#### O1 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas suas próprias características sócio-demográficas.

O valor do coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman entre as variáveis idade e a pontuação na ESC de Zarit são, respetivamente, 0,23 e 0,17, sendo indicadores de uma fraca associação linear entre as variáveis e estatisticamente insignificante (Apêndice J– Tabelas 1 e 2).

Pela análise da Figura 5 (e Apêndice J - Tabela 3) verifica-se que os valores da sobrecarga dos CI's inquiridos apresentam variação diferenciada face à sua idade. Destaca-se o facto de os CI's com mais idade terem apresentado uma maior sobrecarga.

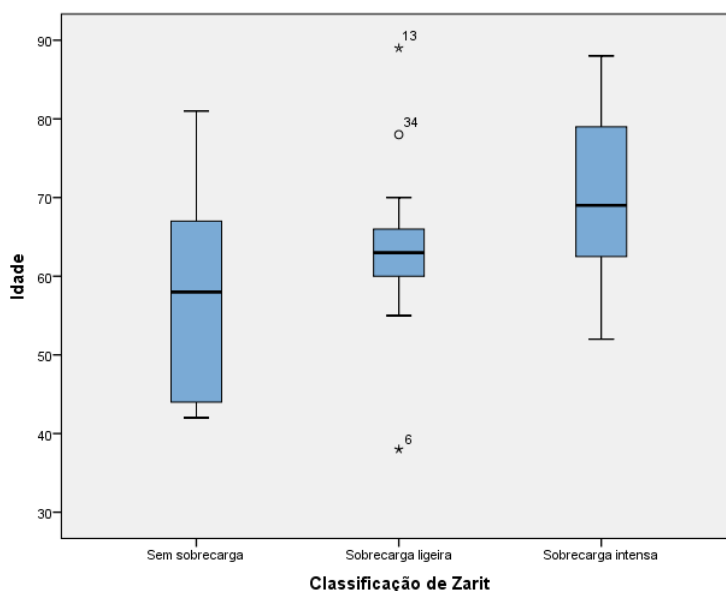


Figura 5 : Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável idade dos CI's

Para as variáveis género dos CI's inquiridos e a sua pontuação na ESC de Zarit, observa-se que a média da pontuação na ESC (Apêndice J- Tabela 4) para os inquiridos do género masculino (56,5 pontos) é análoga à do género feminino (56,7 pontos). Contudo, quando analisamos o diagrama de extremos e quartis (Figura 6) e a Tabela 8 verificamos que os casos mais extremos quer de sobrecarga intensa quer de ausência de sobrecarga são manifestados por CI's do género feminino, que também são em maior número (30, com n=34). Apesar da dimensão da amostra por género, os CI's do género feminino apresentam uma maior sobrecarga com o cuidado prestado.

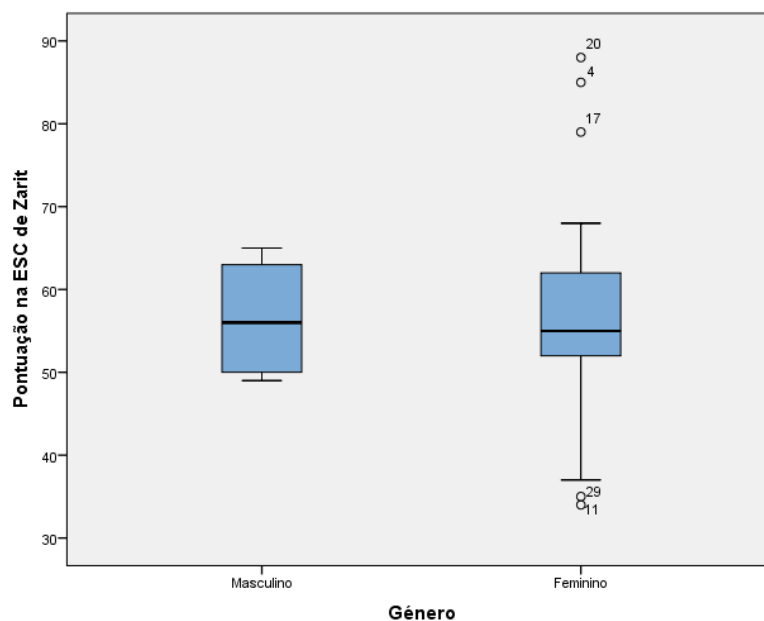


Figura 6: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do género dos CI's

Tabela 8: Níveis de sobrecarga face ao género dos CI's

		Género		TOTAL
		Masculino	Feminino	
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	0	6	6
	Sobrecarga ligeira	2	11	13
	Sobrecarga intensa	2	13	15
TOTAL		4	30	34

Da análise dos resultados apresentados nas Tabelas 9 e 10 conclui-se que dos CI's inquiridos, os casados são em maior número e apresentam uma média na pontuação ESC de Zarit mais elevada (58,3) do que separados/divorciados (média das pontuações na ESC de Zarit - 52), viúvos (média das pontuações na ESC de Zarit - 52) ou solteiros (média das pontuações na ESC de Zarit - 34).

Tabela 9: Níveis de sobrecarga face ao estado civil dos CI's

		Estado Civil				TOTAL
		Solteira(o)	Casada(o)	Separada(o)/ divorciada(o)	Viúva (o)	
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	1	4	1	0	6
	Sobrecarga ligeira	0	10	1	2	13
	Sobrecarga intensa	0	14	1	0	15
TOTAL		1	28	3	2	34

Tabela 10: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável estado civil dos CI's

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Estado civil	Solteira(o)	34	1	34	34	34	-
	Casada(o)	58,3	28	56,5	88	35	12,3
	Separada(o)/ divorciada(o)	52	3	52	59	45	7
	Viúva (o)	52	2	52	52	52	-

Considerando as medidas descritivas apresentadas na Tabela 5 – Apêndice J conclui-se que os CI's que não sabem ler nem escrever e os que concluíram o ensino preparatório (2º ciclo) apresentam níveis médios de sobrecarga (ESC de Zarit) mais elevados. Todos os outros CI's têm níveis médios de sobrecarga muito semelhantes à exceção dos que têm ensino superior, que apresentam o valor médio na pontuação na ESC de Zarit mais baixo (35,5 pontos). Destacamos o facto de os valores mais elevados de sobrecarga se ter observado no caso em que o grau de escolaridade do CI é Ensino primário/1º Ciclo (Figura 7).

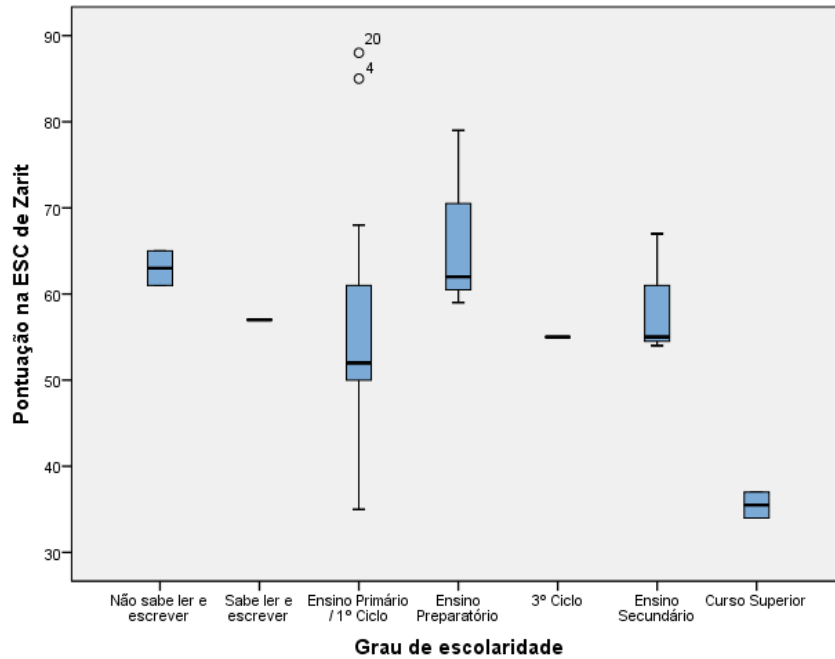


Figura 7: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do grau de escolaridade dos CI's

Cruzando a pontuação na ESC de Zarit obtida pelos CI's e a sua situação profissional (Figura 8), foi nos CI's reformados que se observaram os maiores e menores níveis de sobrecarga. Também interessa salientar que nos casos em que o número de ocorrência é superior a 2 (Tabela 11), os CI's empregados e reformados, a média da pontuação na ESC Zarit é superior a 56 o que corresponde a uma sobrecarga intensa, contudo a dispersão em relação aos valores médios não é desprezível (desvio padrão de 14,7 e 12 pontos) (Apêndice J – Tabela 6).

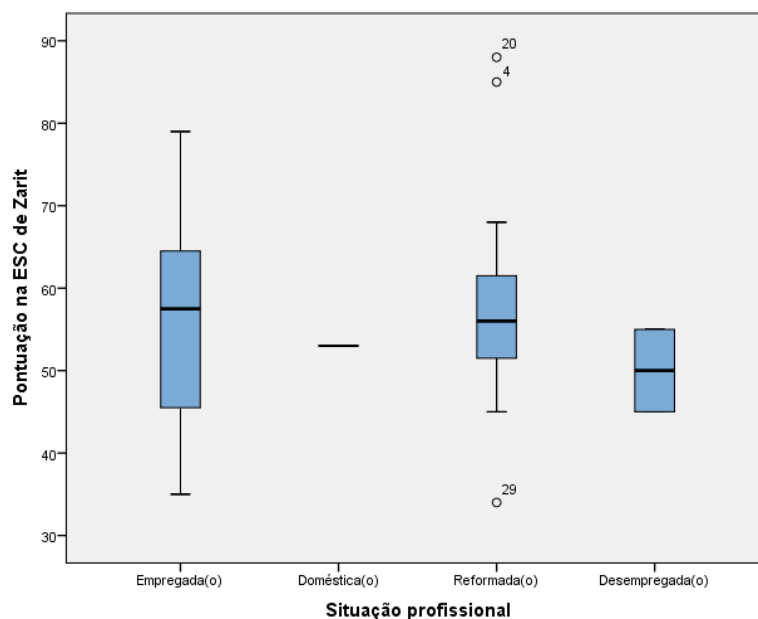


Figura 8 : Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da situação profissional dos CI's

Tabela 11: Níveis de sobrecarga face à situação profissional dos CI's

		Situação profissional				TOTAL
		Empregada(o)	Doméstica(o)	Reformada(o)	Desempregada(o)	
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	2	0	3	1	6
	Sobrecarga ligeira	2	1	9	1	13
	Sobrecarga intensa	4	0	11	0	15
TOTAL		8	1	23	2	34

Através do Figura 9 e da Tabela 7 – Apêndice J observa-se que os CI's (7 elementos da amostra) que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário são aqueles que apresentam os valores centrais de sobrecarga mais elevados (pontuação média de 62,6 e mediana de 62 na ESC de Zarit). De salientar que tanto no setor primário como no secundário observaram-se CI's com níveis de sobrecarga que se podem classificar como valores extremos severos (Figura 9) sendo de, repetivamente, 85 e 88 pontos.

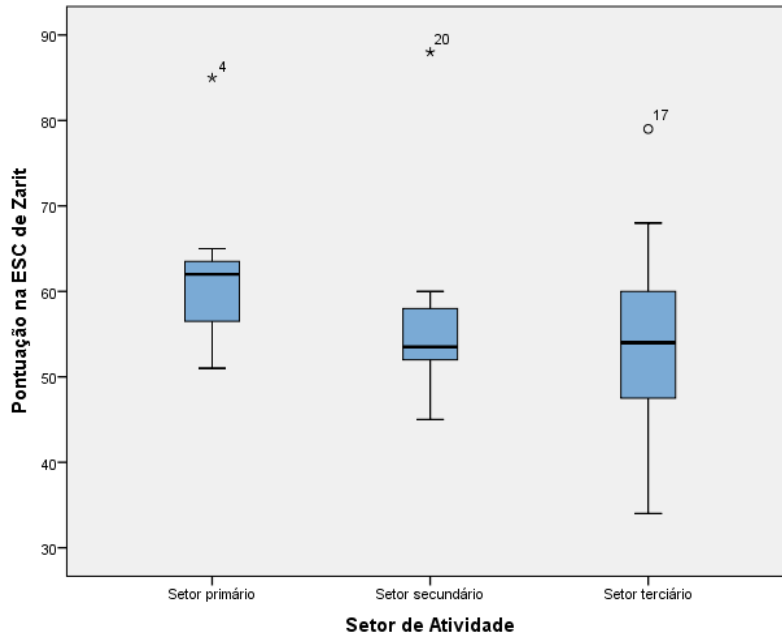


Figura 9: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do setor de atividade dos CI's

No que concerne à variável religião não se verificam diferenças substanciais entre os valores médios da pontuação na ESC de Zarit dos CI's que professam a religião Judaica (2 indivíduos) e Católica (31 indivíduos). Contudo o número de ocorrências em cada caso é significativamente diferente (Tabela 12) e os valores apresentam maior variação (desvio padrão de 11,2) no caso da religião católica. Dos CI's inquiridos apenas um é testemunha de Jeová, sendo este que apresenta o valor de sobrecarga mais elevado (88 pontos na ESC Zarit) (Figura 10 e Apêndice J – Tabela 8).

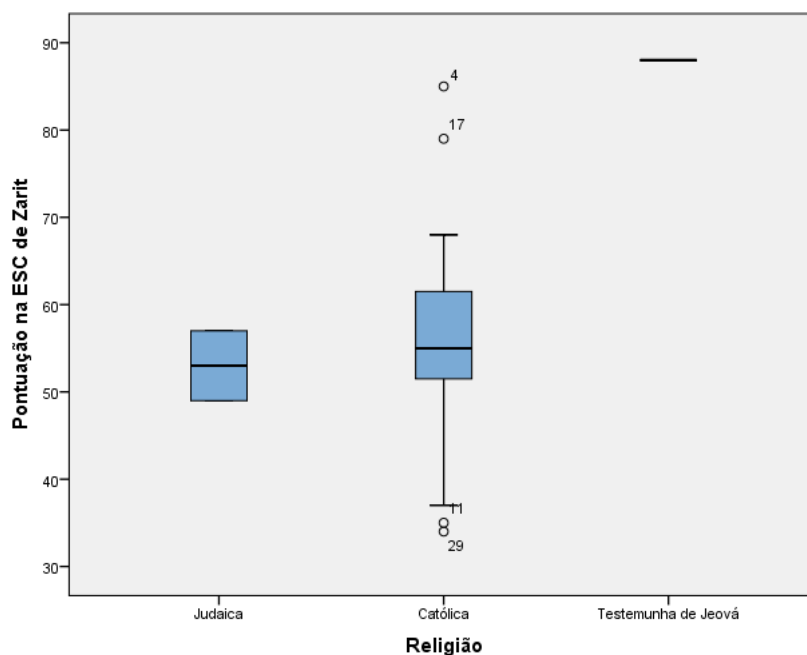


Figura 10: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da religião professada pelos CI's

Tabela 12: Níveis de sobrecarga face à religião professada pelos CI's

		Religião			TOTAL
		Judaica	Católica	Testemunha de Jeová	
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	0	6	0	6
	Sobrecarga ligeira	1	12	0	13
	Sobrecarga intensa	1	13	1	15
TOTAL		2	31	1	34

Efetuada uma análise global das características sócio-demográficas face à pontuação obtida na ESC de Zarit na amostra, pode concluir-se que os CI's mais velhos, casados, que não sabem ler nem escrever ou que frequentaram até ao ensino preparatório, reformados e que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário apresentam níveis médios mais elevado de sobrecarga pelo cuidado que prestam.



**O2 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características contextuais em que o cuidado é prestado.**

Relativamente à relação de parentesco entre idosos dependentes e CI's verifica-se que são os cônjuges que apresentam maiores níveis de sobrecarga, tal é sustentado pelo diagrama de extremos e quartis na Figura 11 e Tabela 9 – Apêndice J. É também nesta classe de relação de parentesco que se observa a maior variação na pontuação na ESC Zarit (desvio padrão de 15,6) relativamente aos valores médios. Apesar de ser maior o número de CI's (17) que são filha(o) do idoso dependente, relativamente aos que são cônjuges (7) (Tabela 13), estes apresentam menores níveis médios de sobrecarga e com menor dispersão (desvio padrão 9,4).

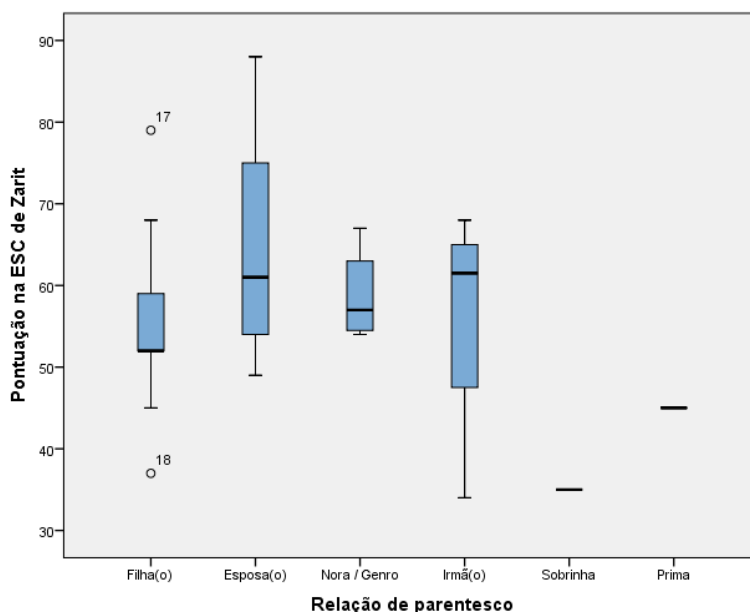


Figura 11: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da relação de parentesco entre CI e idoso dependente

Tabela 13: Níveis de sobrecarga face à relação de parentesco entre CI e idoso dependente

		Relação de parentesco						TOTAL
		Filha(o)	Esposa(o)	Nora / Genro	Irmã(o)	Sobrinha	Prima	
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	3	0	0	1	1	1	6
	Sobrecarga ligeira	9	2	2	0	0	0	13
	Sobrecarga intensa	5	5	2	3	0	0	15
TOTAL		17	7	4	4	1	1	34

Em relação à variável tipo de relacionamento verificou-se que os CI's inquiridos que mantinham uma relação conflituosa ou distante/fria com o idoso dependente antes da prestação de cuidados, apresentam níveis de sobrecarga mais intensos do que aqueles que mantinham uma relação de grande intimidade e afeto ou próxima (Figura 12 e Tabela 10 – Apêndice J).

Consideraram-se dois grupos no relacionamento entre CI's e idoso dependente antes da prestação do cuidado, um que engloba a grande intimidade/afeto e próxima ( $n_1=27$ ) e outro que agrupa distante/fria com conflituosa ( $n_2=7$ ) (Tabela 11 – Apêndice J). Compararam-se as médias da pontuação na ESC de Zarit nestes dois grupos através do teste paramétrico *T-student* (Figura 1 - Apêndice J), dado que se verificaram as condições exigidas à sua aplicação, ou seja, tem-se um comportamento normal da pontuação na ESC de Zarit por grupo (Teste de Shapiro-Wik: Figura 2 – Apêndice J) e pode assumir-se igualdade de variâncias (Teste de Levene: Figura 1 – Apêndice J). Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre a média dos níveis de sobrecarga nos dois grupos de relacionamento (Sig. =  $0 < 0.05$  = nível de significância), com evidência de maior sobrecarga dos CI's cujo relacionamento com o idoso era distante/frio antes da prestação do cuidado.

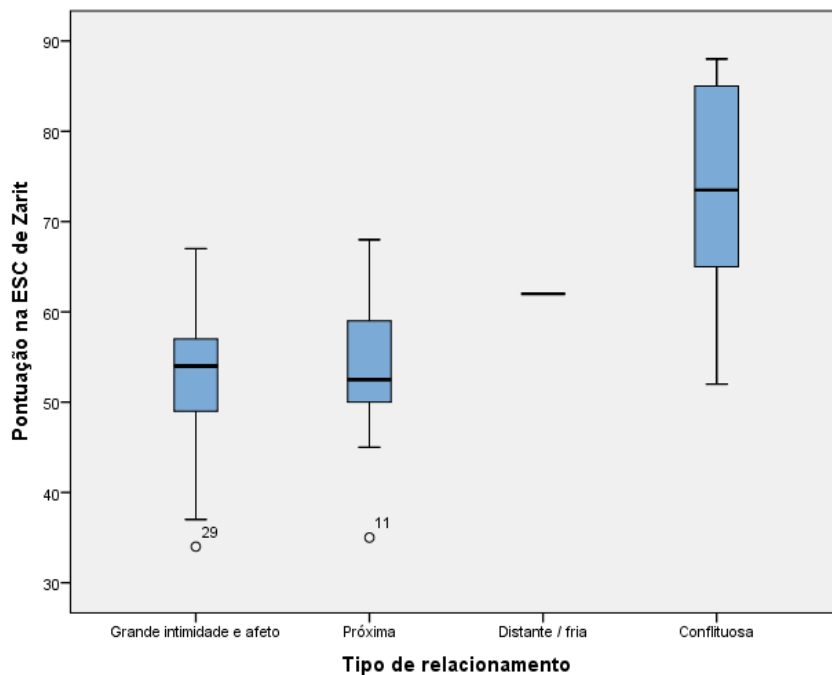


Figura 12: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do tipo de relacionamento entre CI e idoso dependente antes da prestação de cuidados

Analisando a Figura 13 e Tabelas 12 e 13 - Apêndice J pode-se concluir que os CI's que coabitam com os idosos dependentes apresentam níveis de sobrecarga mais elevados do que os restantes.

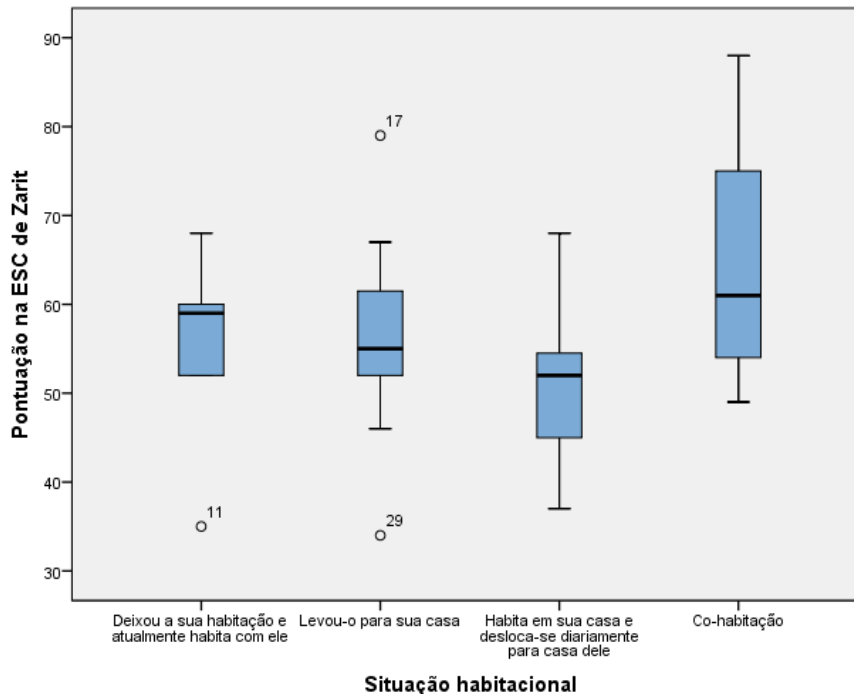


Figura 13: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da situação habitacional

Analisando a variável sentimento perante o cuidado prestado verifica-se que os CI's inquiridos que referiram satisfação pessoal (três dos trinta e quatro CI's) apresentam a média (61 pontos) mais elevada na pontuação da ESC de Zarit. Verifica-se também que os CI's que referiram que o cuidado que prestam é uma obrigação e dever (vinte e seis dos trinta e quatro CI's), embora tenham uma média de pontuação na ESC de Zarit mais baixa, apresentam valores extremos, baixos e elevados, de sobrecarga (Figura 14 e Apêndice J – Tabela 14).

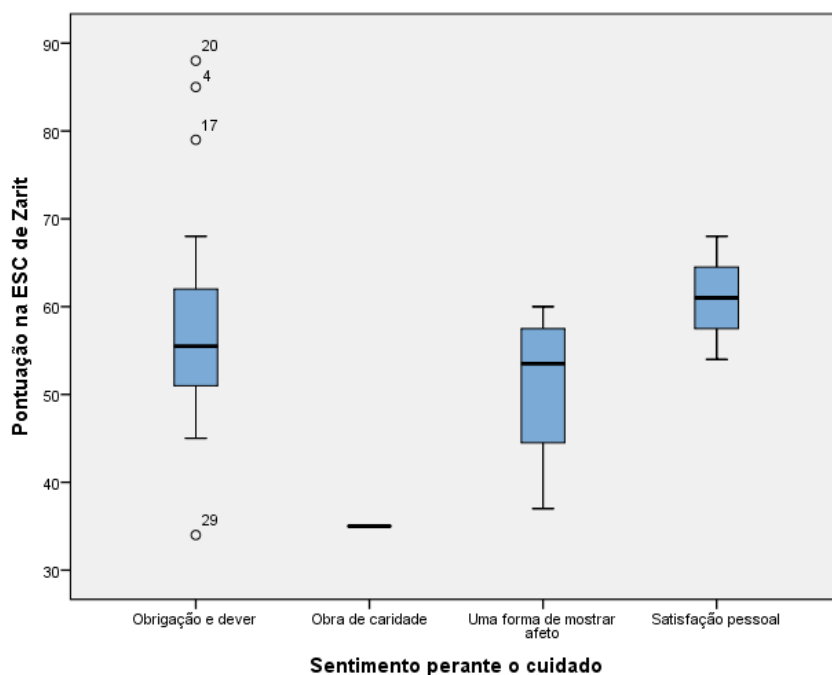


Figura 14: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações na ESC de Zarit em função do sentimento perante o cuidado prestado

Como se observa na Tabela 14, que apresenta as medidas descritivas da pontuação na ESC de Zarit em função da formação na área do cuidado, não existe grande diferença entre os CI's inquiridos que têm a referida formação e os que não têm. Contudo, a Tabela 15 evidencia que entre os CI's que têm formação existem diferenças consoante a área em que tiveram formação. Assim, aqueles que não têm formação na área social e/ou na área psico-emocional apresentam maiores níveis de sobrecarga comparativamente aos CI's que disseram ter frequentado formação nessas áreas.

Tabela 14: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável formação na área do cuidado

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Formação na área do cuidado	Não	56,4	27	55	88	34	12,1
	Sim	57,6	7	55	79	37	13,1

Tabela 15: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável tipo de formação na área do cuidado

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Formação na área social	Não	61,7	4	57	79	54	11,7
	Sim	52	2	52	67	37	21,2
Formação na área psico-emocional	Não	68,3	3	67	79	59	10,1
	Sim	48,7	3	54	55	37	10,1
Formação ao nível dos cuidados físicos	Não	-	0	-	-	-	-
	Sim	57,6	7	55	79	37	13,1

Assim, resumindo os resultados obtidos, na amostra, para cada uma das variáveis associadas às características contextuais em que o cuidado é prestado, conclui-se que apresentam níveis de sobrecarga mais intensos os CI's que não têm formação na área social e/ou psico-emocional, os cônjuges, os que mantinham uma relação conflituosa antes do cuidado prestado, os que vivem em regime de coabitação e os que dizem ser uma obrigação/dever ou uma satisfação pessoal prestar o cuidado ao idoso dependente.

### **O3 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características sócio-demográficas do idoso dependente.**

No que concerne à idade do idoso que recebe o cuidado e analisando a Figura 15 e Tabela 16 seguintes, verifica-se que não existem grandes diferenças na distribuição da idade do idoso nas três categorias de sobrecarga dos CI'S. Tal indica que para os CI's inquiridos a idade do idoso não tem um efeito significativo sobre o seu nível de sobrecarga.

Tabela 16: Medidas descritivas da variável idade do idoso em função da classificação obtida na ESC de Zarit

		Idade					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Classificação na ESC de Zarit	Sem sobrecarga	87	6	87	100	76	9
	Sobrecarga ligeira	88	13	88	95	73	6
	Sobrecarga intensa	83	15	82	97	69	7

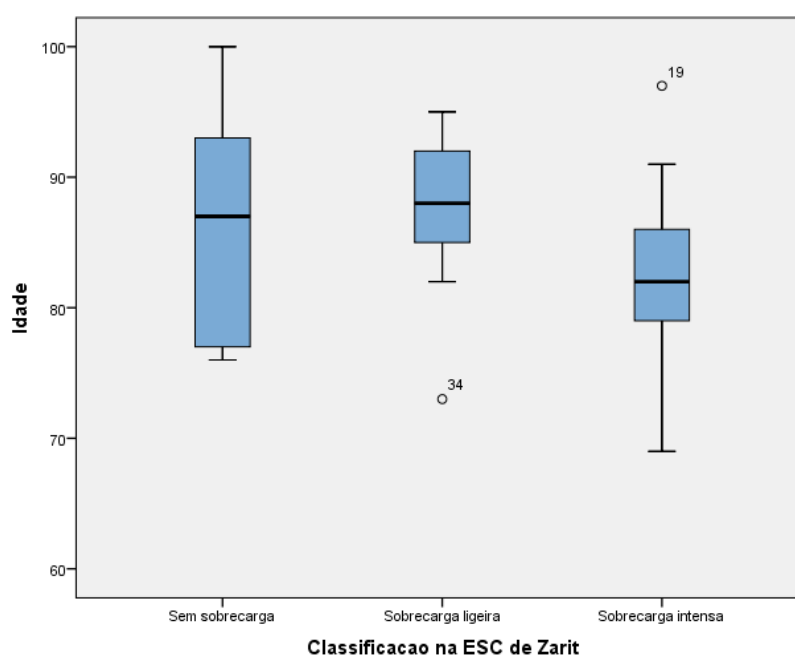


Figura 15: Diagrama de extremos e quartis da distribuição da classificação obtida na ESC de Zarit em função da variável idade do idoso

Analisando a pontuação na ESC Zarit face à variável género do idoso dependente (Apêndice J - Tabela 15 e Figura 16), observa-se que os níveis de sobrecarga mais intensos são apresentados pelos CI's inquiridos que cuidam de idosos do género masculino (9 idosos), com valores extremos severos de 85 e 88 pontos na ESC de Zarit.

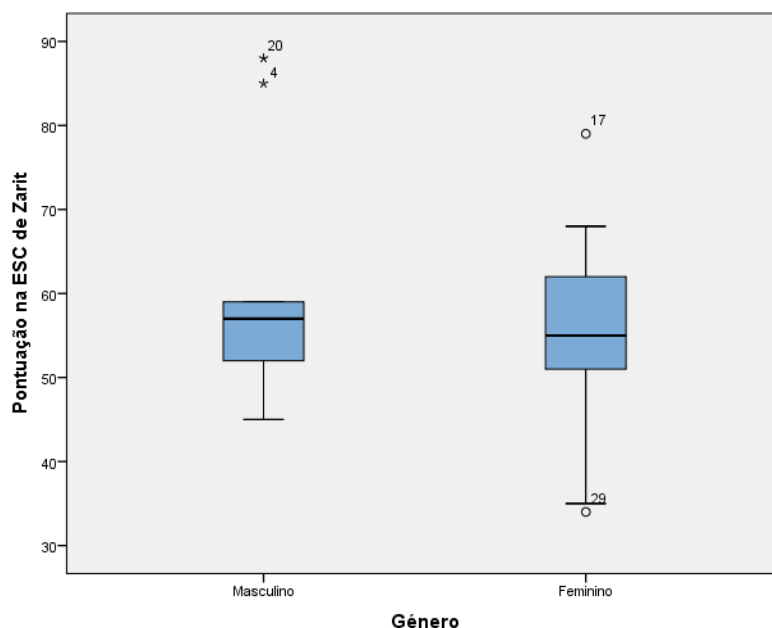


Figura 16: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável gênero do idoso dependente

Pela análise da Tabela 17 e da Figura 3 – Apêndice J verifica-se que os CI's de idosos solteiros (4 idosos) apresentam níveis médios de sobrecarga mais intensos do que os CI's de idosos casados (11 idosos) ou viúvos (19 idosos). Contudo, o valor mais elevado da pontuação na ESC Zarit (88 pontos) foi observado no CI de um idoso dependente casado e o mais baixo (34 pontos) num CI de um idoso viúvo.

Tabela 17: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável estado civil do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Estado Civil	Solteira(o)	59	4	61,5	68	45	9,8
	Casada(o)	58,4	11	52	88	37	15,8
	Viúva (o)	55,2	19	55	79	34	10,5

Através da análise da Figura 17 que se segue (e Apêndice J – Tabela 16) pode dizer-se que o grau de escolaridade do idoso dependente não faz variar significativamente o valor médio da pontuação na ESC Zarit dos CI's inquiridos. Contudo, a maior variação nos valores de

sobrecarga dos CI's inquiridos ocorre no grupo que presta cuidados aos idosos que não sabem ler e escrever.

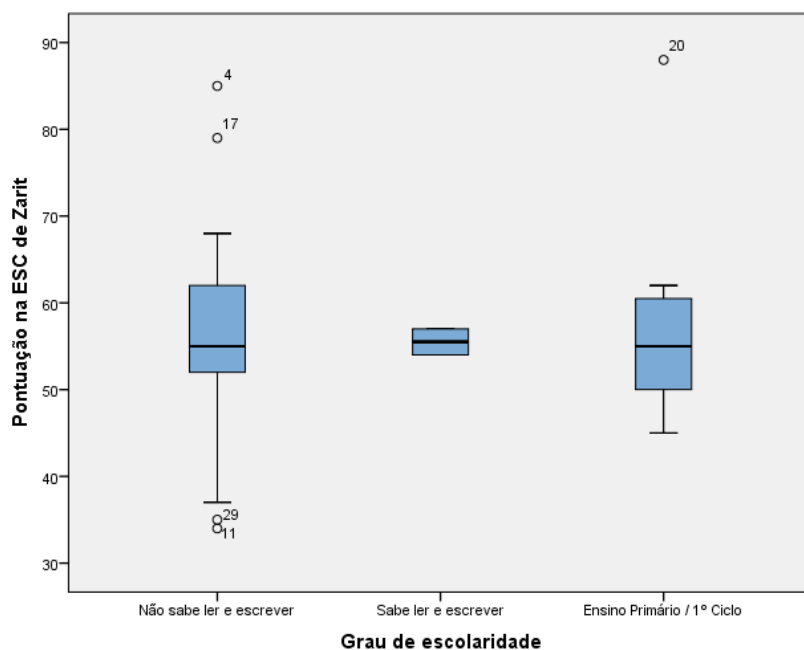


Figura 17: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do idoso dependente

Relativamente à variável setor de atividade em que os idosos exerceram a sua atividade profissional, observa-se que dos CI's inquiridos os que cuidam de idosos que exerceram a sua atividade no setor secundário e terciário apresentam maiores níveis de sobrecarga do que os CI's de idosos que exerceram a sua atividade profissional no setor primário (Figura 18 e Tabela 17 – Apêndice J).



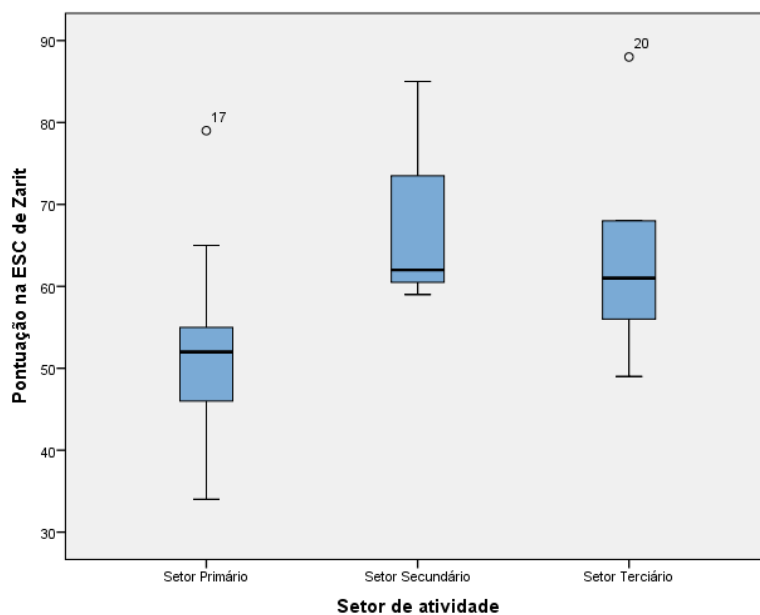


Figura 18: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do idoso dependente

Com base nos resultados apresentados na Tabela 18 - Apêndice J e na Figura 19 pode dizer-se que, na amostra, os CI's de idosos que têm como fonte de rendimento pensão de reforma/aposentação apresentam níveis de sobrecarga mais intensos do que os CI's de idosos que recebem pensão de sobrevivência ou social.

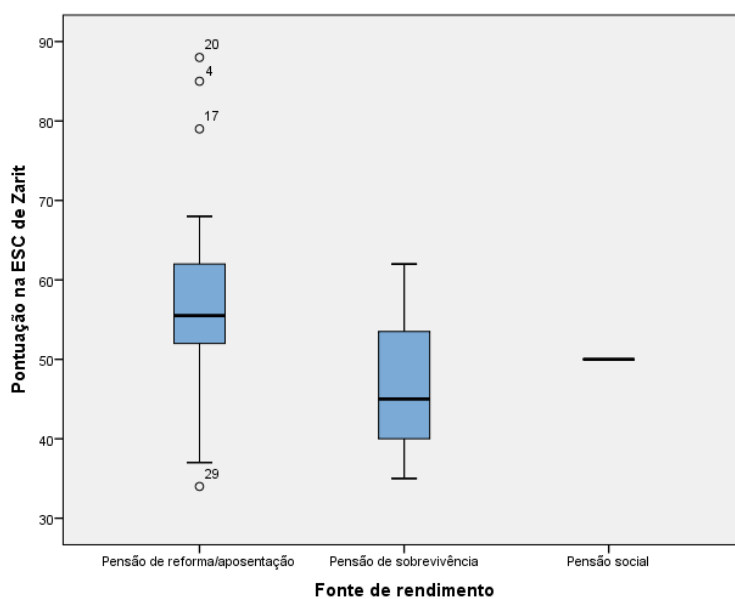


Figura 19: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável fonte de rendimento do idoso dependente

Atendendo a todas as características sócio-demográficas dos idosos dependentes analisadas e considerando as conclusões obtidas para cada caso, pode concluir-se que dos CI's inquiridos apresentam níveis de sobrecarga mais intensos os que cuidam de idosos do género masculino, solteiros, que exerceram a sua atividade profissional no setor secundário ou terciário e que auferem pensão de reforma/aposentação.

#### **O4 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pela sua situação clínica e percepção da qualidade de vida.**

Pela análise da Tabela 19 - Apêndice J pode concluir-se que, na amostra, os níveis médios de sobrecarga dos CI's que praticam uma atividade recreativa/lazer são semelhantes aos apresentados pelos CI's que não têm tais atividades. Contudo, pela Figura 20 e pela Tabela 19 - Apêndice J observamos que os níveis de sobrecarga dos CI's que praticam alguma atividade recreativa/lazer variam mais. Estes resultados justificam que se avalie, através de um teste paramétrico T-student, se o nível médio de sobrecarga é igual ou diferente quando se consideram os CI's inquiridos em dois grupos: os que não praticavam atividade recreativa/lazer ( $n_1=10$ ) e os que praticavam atividade recreativa/lazer ( $n_2=24$ ) (Tabela 20 – Apêndice J). Foram verificadas as condições exigidas à aplicação do referido teste (Figura 4 – Apêndice J), assim a pontuação na ESC de Zarit por grupo tem um comportamento normal (Teste de Shapiro-Wik: Figura 5 – Apêndice) e não existe igualdade de variâncias (Teste de Levene: Figura 4 – Apêndice J). Os resultados permitem assumir que existe igualdade nos níveis médios de sobrecarga dos CI's nos dois grupos ( $0,847 > 0,05 =$  nível de significância), ou seja, a sobrecarga não é diferente quando o CI pratica ou não atividade recreativa/lazer.

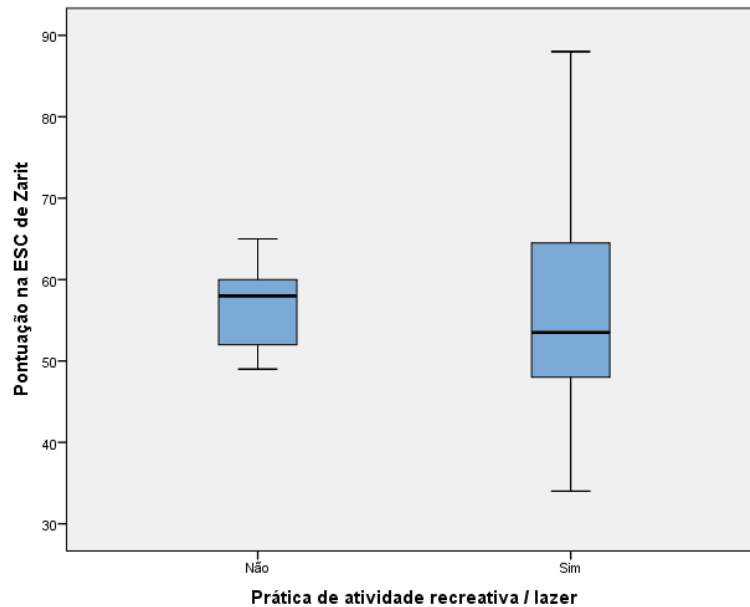


Figura 20: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da pratica de atividade recreativa/lazer

Cruzando a pontuação na ESC de Zarit com o facto dos CI's apresentarem ou não doenças clinicamente diagnosticadas conclui-se que este é um elemento que influencia os níveis de sobrecarga dos CI's inquiridos (Figura 21). Assim, os CI's que referiram não ter doenças clinicamente diagnosticadas apresentam níveis médios de sobrecarga mais baixos e com menor variação (média de pontuação na ESC Zarit 48,9 pontos) do que aqueles que referiram doenças clinicamente diagnosticadas (média de 60,3 pontos) (Tabela 21 - Apêndice J). Nesta situação também se aplicou o teste paramétrico *T-student* (Figura 6 – Apêndice J), após verificadas todas as condições (Teste de Shapiro-Wik e Teste de Levene; Figura 6 e 7 – Apêndice J), os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis médios de sobrecarga dos CI's que têm e os que não têm doenças clinicamente diagnosticadas ( $0,008 < 0,05 =$  nível de significância).

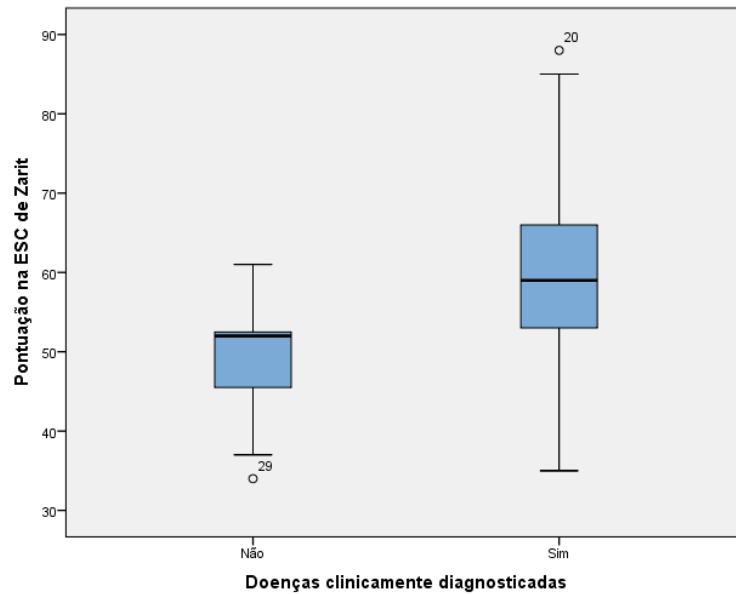


Figura 21: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas

Considerando a pontuação na ESC de Zarit face à percepção da qualidade de vida dos CI's inquiridos (Figura 22 e Tabela 22 - Apêndice J), observa-se que os que consideram que têm uma qualidade de vida muito pior que as pessoas da mesma idade e género, apresentam níveis de sobrecarga mais intensos do que aquelas que referiram ser um pouco pior, mais ou menos na mesma ou um pouco melhor.

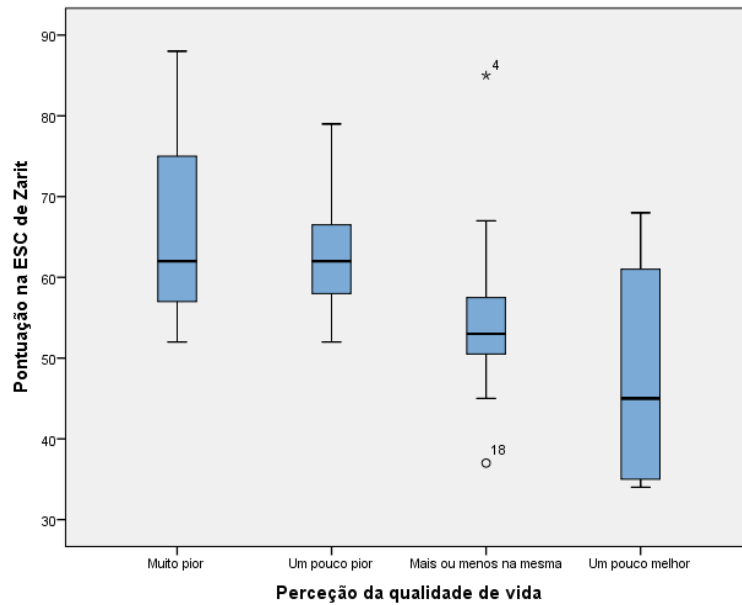


Figura 22: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável percepção da qualidade de vida

Tendo em conta a distribuição de idades e a situação clínica global dos CI's, tem interesse avaliar a sua pontuação na ESC de Zarit face ao seu grau de dependência, sendo este quantificado pelo Índice de Barthel. Os resultados na amostra (Tabela 23 - Apêndice J) indicam que o nível médio de sobrecarga do CI's não é influenciado pelo seu grau de dependência ou independência. Os mesmos resultados e a Figura 23 permitem observar que os níveis de sobrecarga apresentam maior variação no grupo de CI's que apresentam independência e onde também se observaram os maiores e menores valores de sobrecarga.

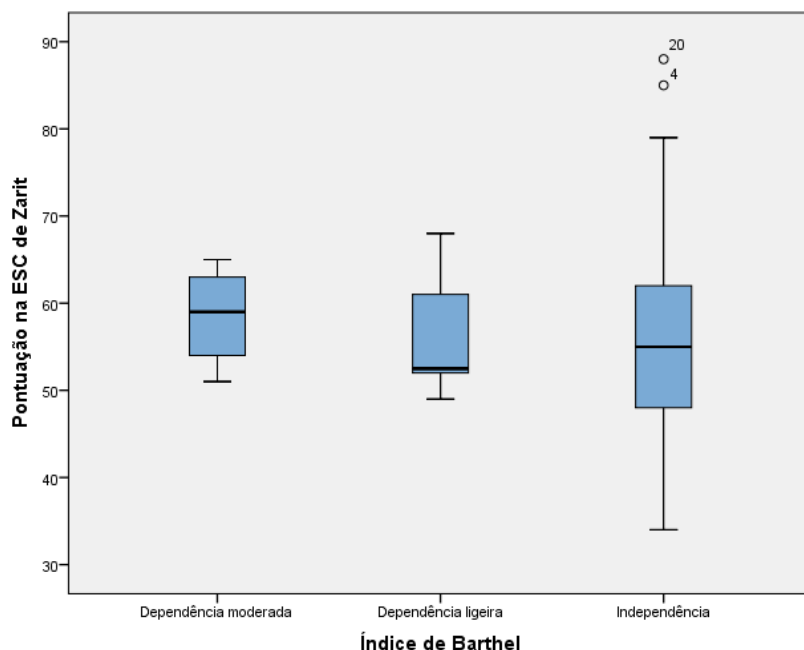


Figura 23: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência

Resumindo a análise efetuada para os níveis de sobrecarga dos CI's inquiridos face à sua situação clínica, à percepção que têm da sua qualidade de vida e ao seu grau de dependência, verifica-se que os CI's com doenças clinicamente diagnosticadas e que referiram qualidade de vida muito pior, apresentam níveis de sobrecarga superiores. Além disso, foi no grupo dos CI's independentes que se observou a maior variação nos níveis de sobrecarga.

**O5 – Perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pela situação clínica do idoso dependente.**

Cruzando a informação da variável tempo de dependência dos idosos da amostra com a pontuação na ESC Zarit dos seus CI's obtiveram-se os resultados da Tabela 18. Estes resultados indicam que os idosos que se encontram dependentes há mais de 10 anos potenciam níveis médios de sobrecarga mais elevados (média de 62 pontos na ESC de Zarit) sendo também neste grupo que existe um maior desvio em relação ao valor médio. Os CI's dos idosos dependentes há 10 ou menos anos apresentam níveis médios de sobrecarga semelhantes, mas um comportamento diferente em termos de dispersão.

Tabela 18: Medidas descritivas para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável tempo de dependência

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Tempo de dependência (em anos)	<=1	57,8	6	57,5	79	34	15,1
	]1,5]	55,2	13	52	85	35	13,8
	]5,10]	55,7	11	55	65	50	4,7
	>10	62	4	57,5	88	45	18,7

Com base na pontuação na ESC de Zarit dos CI's inquiridos face à situação clínica dos idosos dependentes (Apêndice J - Tabela 24 e Figura 24), observou-se que os que cuidam de idosos que apresentam doenças clinicamente diagnosticadas (27 idosos) apresentam níveis de sobrecarga mais elevados do que os CI's dos idosos que não manifestaram (7 idosos) qualquer doença clinicamente diagnosticada.

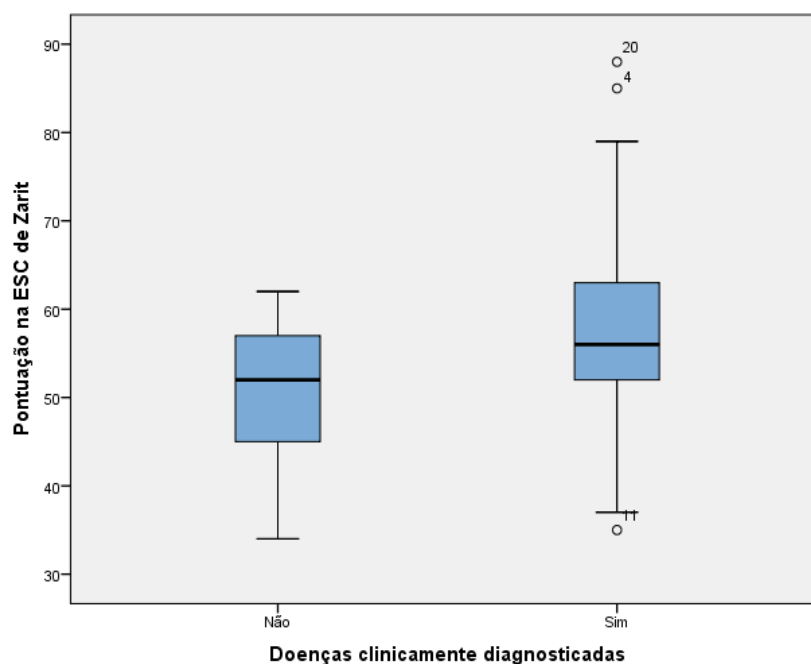


Figura 24: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas do idoso

Combinando os resultados amostrais da pontuação na ESC de Zarit dos CI's com o grau de dependência dos idosos, como se mostra na Tabela 19 e na Figura 25, observa-se que quanto

maior o nível de dependência do idoso menores são os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI's inquiridos.

Tabela 19: Medidas descritivas para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Índice de Barthel	Dependência total	57,5	14	55,5	88	35	13
	Dependência severa	54,5	15	37	68	37	8,8
	Dependência moderada	60,8	5	62	85	34	18,6

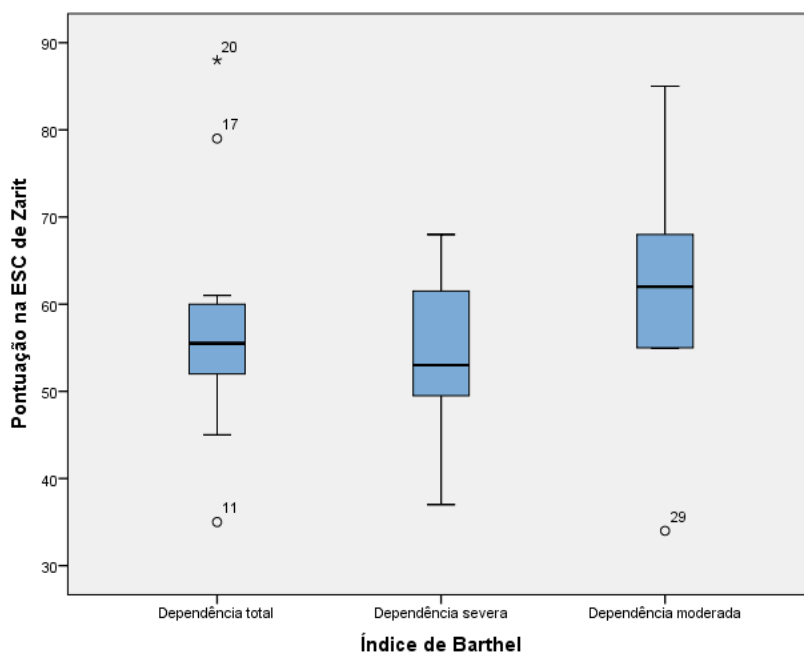


Figura 25: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência do idoso

Com base nos resultados do SPMSQ do idoso dependente e na pontuação na ESC Zarit do CI (Tabela 20), destaca-se o facto do CI do idoso que respondeu corretamente a todas as questões do SPMSQ apresentar níveis de sobrecarga mais elevados do que os CI's dos idosos que erraram em todas as questões.



Tabela 20: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos resultados obtidos no SPMSQ

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Max.	Mín.	Desvio padrão
Número de erros no SPMSQ	0	88	1	88	88	88	-
	2	67	1	67	67	67	-
	3	46	2	46	55	37	12,7
	4	52,7	4	52,5	61	45	6,6
	5	47,5	2	47,5	61	34	19,1
	6	57,3	6	56,5	68	46	8,1
	7	57,7	4	51,5	79	49	14,3
	8	68	1	68	68	68	-
	10	56,1	13	55	85	35	11,4

Em resumo, da avaliação do efeito que a situação clínica do idoso dependente tem na sobrecarga dos CI's inquiridos pode concluir-se que os idosos que se encontram dependentes há mais de 10 anos potenciam níveis médios de sobrecarga mais elevados, que quanto maior é o nível de dependência do idoso menores são os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI's e que o nível mais elevado de sobrecarga (88 pontos na ESC de Zarit) foi observado no CI do idoso dependente que respondeu corretamente a todas as questões do SPMSQ.

#### **4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Com esta discussão dos resultados pretende-se estabelecer uma ponte entre o universo das construções teóricas e o conjunto dos dados apresentados no capítulo anterior. A discussão dos resultados é feita à luz da fundamentação teórica e dos resultados encontrados noutros trabalhos de investigação e teses. Atribui-se, assim, significado aos dados encontrados, aos objetivos do estudo e à questão de investigação.

Relativamente às características socio-demográficas dos idosos dependentes, verifica-se que estes são na sua maioria do género feminino, com idade média de 85,4 anos, viúvas, analfabetas, reformadas e que desempenharam a sua atividade profissional maioritariamente no setor primário (agricultura). Estes dados obtidos para a amostra de idosos dependentes são análogos aos obtidos noutros estudos, contudo verifica-se que a média de idades dos idosos da amostra é ligeiramente superior à dos estudos observados (Lage, 2007; Santos, 2008; Andrade, 2009a; Custódio, 2011; Lemos, 2012), facto que se justifica, talvez pelo elevado índice de envelhecimento observado no concelho de Belmonte. Uma outra diferença relativamente a outros estudos verifica-se no grau de escolaridade, nestes a maioria dos idosos têm o ensino básico (Custódio, 2011; Lemos, 2012) e na amostra deste estudo a maioria são analfabetos. A justificação para este facto prende-se, talvez, com a elevada Taxa de Analfabetismo verificada no concelho de Belmonte (16,3%) relativamente à de Portugal Continental (10,4%).

A maioria dos idosos cuidados encontra-se dependente entre 1 a 5 anos, sendo a média do tempo de dependência de 7,8 anos. Como causa de dependência, o AVC é a afeção mais vezes mencionada, havendo idosos que mencionam mais do que uma causa para o estado de dependência. Em relação às patologias clinicamente diagnosticadas, a Diabetes Mellitus é aquela que é mais vezes referida pelos idosos dependentes. No que concerne à caracterização da situação clínica dos idosos dependentes, nos estudos analisados os dados apresentam algumas variações. Assim, relativamente à causa de dependência, autores como Andrade (2009a) e Lemos (2011), referem as doenças músculo-esquelética como sendo as principais, por outro lado, Lage (2007) aponta o AVC como principal causa. Após aplicação do Índice de Barthel e do SPMSQ, a maioria dos idosos participantes é totalmente dependente para a realização das AVD's e não responderam a qualquer questão do teste de avaliação cognitiva. Estes dados são corroborados por Andrade (2009a).

Em relação aos CI's da amostra verifica-se que são na sua grande maioria do género feminino, com uma média de idade de 65,2 anos, casadas, com instrução primária e reformadas que exerceram a sua atividade profissional no setor terciário. Estes dados obtidos para a caracterização sócio-demográfica dos CI's são similares aos de outros estudos (Bris, 1994;

Santos, 2005; Lage, 2007; Santos, 2008; Pereira, 2008; Andrade, 2009a; Garcia, 2009; Loureiro, 2009, Custódio, 2011; Lemos, 2012). De salientar que a idade média verificada neste estudo é superior ao encontrado noutros estudos facto justificado pelo elevado índice de envelhecimento nesta região. A religião católica é a religião professada pela maioria dos CI's.

Quanto à caracterização da situação clínica e percepção da qualidade de vida dos CI's da amostra verificou-se que na sua maioria praticam uma atividade recreativa/lazer que promove a sua distração. A maioria dos CI's refere ter doenças clinicamente diagnosticadas, sendo a HTA e a Diabetes Mellitus mais vezes referidas. A idade média de aparecimento das doenças clinicamente diagnosticadas é de 48,8 anos. Relativamente à percepção da qualidade de vida, a maioria dos CI's refere ser mais ou menos na mesma comparativamente com pessoas da mesma idade e género. Também Lage (2007) obteve os mesmos resultados relativamente à percepção da qualidade de vida. Ao aplicar-se o Índice de Barthel verificou-se que na sua grande maioria os CI's são independentes na realização das suas AVD's, no entanto aproximadamente 1/4 dos CI's apresentam dependência ligeira ou moderada.

Os CI's da amostra deste estudo são na sua maioria filhas dos idosos dependente, tal como se verifica em outras investigações (Lage, 2007; Pereira, 2008; Santos, 2008; Andrade, 2009a; Custódio, 2011; Lemos, 2012).

No que concerne às características relacionadas com o cuidado, a média de tempo de prestação de cuidados é de 7,3 anos, sendo que a maioria presta o cuidado entre 5 a 10 anos e referem despende entre 1 a 4 horas a prestar cuidados ao idoso dependente. A média de tempo de prestação de cuidados encontrada para este estudo é ligeiramente superior à obtida noutros estudos, contudo, em todos eles os CI's prestam o cuidado entre 5 a 10 anos (Bris, 1994; Pereira, 2008; Loureiro, 2009; Custódio, 2011).

Relativamente ao número de horas de prestação de cuidados verifica-se exatamente o contrário, ou seja, é inferior comparativamente com outros estudos que concluíram que os CI's que faziam parte das amostras despendiam entre 12 a 24 horas para prestação de cuidados. Este facto deve-se, talvez, aos CI's da presente amostra terem apenas considerado o número de horas que estão a prestar cuidados físicos ou instrumentais (higiene, alimentação, alternância de decúbitos, medicação, entre outros), não tendo contabilizado o tempo gasto em outros cuidados, como por exemplo, ir ao médico, pagar as contas, fazer companhia.

Na sua maioria a relação idoso dependente – CI é próxima e o sentimento perante o cuidado manifestado pela maioria dos CI's é de obrigação e dever. Os dados obtidos relativamente ao sentimento perante o cuidado devem-se talvez ao facto de “Obrigação e Dever” poder ser entendido quer no sentido negativo quer no sentido positivo. No sentido negativo, socialmente não é aceitável que não se cuide destes idosos, por conseguinte tem que

se fazer o esforço físico e mental para prestar este cuidado, é como um castigo que tem que se cumprir. No sentido positivo, os CI's sentem gosto no cuidado que prestam, já que os pais trataram deles quando eram crianças e agora cabe-lhes retribuir esse cuidado e carinho.

Para prestar o cuidado, a maior parte dos CI's da amostra encontram-se em situação de coabitação com o idoso dependente, tal como se verifica noutros estudos (Bris, 1994; Lage, 2007; Santos, 2008; Custódio, 2011). O regime de coabitação antes da dependência e consequente necessidade de cuidados é uma das principais condicionantes para assunção do papel de cuidador (Santos, 2008).

A grande percentagem dos CI's da amostra não possuem qualquer tipo de formação para prestar os cuidados. Todos os CI's têm algum tipo de apoio, quer seja na área da saúde, social ou económico, quer seja da rede formal ou informal, tal como se observa noutros estudos (Pereira, 2008; Andrade, 2009a; Custódio, 2011).

Relativamente ao níveis de sobrecarga que os CI's da amostra apresentam verifica-se que a maioria (44,1%) dos CI's apresentam níveis de sobrecarga intensa, seguindo-se de 38,2% dos CI's com níveis de sobrecarga ligeira e 17,6% não manifestam sobrecarga no cuidado prestado. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Custódio (2011), Ferreira (sd), que também verificaram os níveis de sobrecarga dos CI's através da ESC de Zarit.

Como já foi referido anteriormente, a ESC é composta por quatro fatores: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e perceção da auto-eficácia. Neste estudo, os CI's inquiridos apresentam uma média mais elevada na dimensão subjetiva e mais especificamente no item expectativas face ao cuidar. Também, Custódio (2011) obteve dados semelhantes.

Dos vários estudos que utilizaram a ESC de Zarit (Ferreira, sd, Santos, 2008 e Custódio, 2011), que a investigadora conseguiu apurar, apenas Custódio (2011) estabelece uma ligação entre vários itens relacionados com o cuidado e a sobrecarga do CI. Para Custódio (2011) a sobrecarga do CI apenas é influenciada pelo estado de saúde e a situação profissional (trabalhadores por contra de outrem/conta própria vs domésticas).

A realização deste trabalho pressupunha o cumprimento de vários objetivos. Assim, e relativamente ao primeiro objetivo em que se pretendia perceber a sobrecarga do CI é influenciada pelas suas próprias características sócio-demográficas, concluiu-se que os CI's da amostra mais velhos, casados, que não sabem ler nem escrever ou que frequentaram o Ensino Preparatório, reformados e que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário apresentam níveis médios mais elevado de sobrecarga pelo cuidado que prestam. Estes dados corroboram o exposto na fundamentação teórica relativamente aos fatores que influenciam a sobrecarga física, emocional e social dos CI's. Assim, autores como Santos

(2005), Braithwaite e McGown (1993, cit. Por Pereira, 2008), Lage (2007) e a Organização Mundial de Saúde (2010), referem que a idade e o grau de escolaridade interferem com os níveis de sobrecarga manifestados pelo CI.

O segundo objetivo, em que interessava saber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características contextuais em que o cuidado é prestado, verificou-se que os CI's da amostra do presente estudo que não têm formação na área social e/ou psico-emocional, cônjuges, que mantinham uma relação conflituosa antes do cuidado prestado, em regime de coabitação e que dizem ser uma obrigação/dever ou uma satisfação pessoal prestar o cuidado ao idoso dependente apresentam níveis de sobrecarga mais intensa. Relativamente ao grau de parentesco, os dados obtidos no presente estudo corroboram os de outros autores (Horowitz, 1985; cit. por Lage, 2007 e Bris, 1994) que afirmam que os cônjuges experimentam mais stress que outras pessoas com outros grau de parentesco. Bris (1994) refere que o contexto de prestação de cuidados engloba pelo menos dois indivíduos com toda a sua complexidade psicológica, constitui um relacionamento que está enraizado em dezenas de anos de vida conjugal, para uns, e na infância para outros. Assim, o facto de existir uma relação anterior à prestação de cuidados conflituosa ou não irá influenciar a perceção da sobrecarga pelo CI.

Outro objetivo deste estudo era perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pelas características sócio-demográficas do idoso dependente. Relativamente a este objetivo, verificou-se que os idosos que constituem a amostra do género masculino, solteiros, que exerceram a sua atividade profissional no setor secundário ou terciário e que auferem de pensão de reforma/aposentação provocam níveis de sobrecarga mais intensos nos seus CI's.

No quarto objetivo pretendia-se averiguar se a sobrecarga do CI é influenciada pela sua situação clínica e perceção da qualidade de vida. Verificou-se que os CI's inquiridos com doenças clinicamente diagnosticadas e que referiram qualidade de vida muito pior, apresentam maior perceção da sobrecarga. De uma forma análoga ao presente estudo, também Custódio (2011) em seu estudo, verificou que quanto melhor o estado de saúde referido pelo CI menor era a sua perceção de sobrecarga. Nesta investigação não se verificou que o grau de dependência/independência dos CI's influenciasse os níveis de sobrecarga percebidos pelo mesmo.

Por fim, interessava perceber se a sobrecarga do CI é influenciada pela situação clínica do idoso dependente, verificando-se que os CI's inquiridos que cuidam de idosos que se encontram dependentes há mais de 10 anos apresentam níveis de sobrecarga mais intensos que os restantes. De salientar, que o nível mais elevado de sobrecarga foi observado no CI do idoso dependente que respondeu corretamente a todas as questões do SPMSQ e que quanto maior o grau de dependência menor o nível de sobrecarga percecionado.

No que respeita à questão de investigação, verifica-se que os níveis de sobrecarga mais elevados são manifestados por CI's mais velhos, casados/cônjuges, analfabetos ou que frequentaram até ensino preparatório, reformados, que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário, sem formação na área social e/ou psico-emocional, que mantinham uma relação conflituosa com o idoso dependente antes da prestação de cuidados, que vivem em regime de coabitação, que dizem ser uma obrigação/dever ou uma satisfação pessoal prestar o cuidado, que apresentam patologias clinicamente diagnosticadas e que referiram qualidade de vida muito pior. Ser idoso dependente com as seguintes características: género masculino, solteiro, que exerceu a sua atividade profissional na setor secundário e terciário, que auferir de pensão de reforma/aposentação, que se encontra dependente há mais de 10 anos e com níveis de dependência menores afeta negativamente a sobrecarga sentida pelo CI, aumentando-a.

## 5 –LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Antes de se avançar para a conclusão deste documento, convém referirem-se algumas limitações relativamente aos aspetos metodológicos que se impuseram ao longo da realização deste trabalho.

Relativamente à amostra, e como já foi referido anteriormente, não foi constituída de forma aleatória, mas pelos idosos dependentes e respetivos CI's referenciados pelos médicos e equipa de enfermagem do serviço domiciliário da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Belmonte que se mostraram disponíveis, acessíveis e preencheram os critérios de seleção. Assim, devido ao tamanho reduzido da amostra e carácter não probabilístico, não foi possível fazer inferência para a população com base na amostra.

No que diz respeito ao instrumento de colheita de dados, e tendo em consideração o conhecimento prévio das características sócio-demográficas dos indivíduos que compõem a amostra deste estudo, foi de administração indireta. Com este tipo de aplicação do instrumento de colheita de dados podem surgir três problemas: influência do entrevistador no entrevistado; diferenças de género, de idade, sociais e culturais entre entrevistador e entrevistado; e sobreposição de canais de comunicação (Carmo e Ferreira, 1998). O que a investigadora sentiu no decorrer da colheita de dados foi a sua influência sobre os CI's, ou seja, estes respondiam o que pensavam ser mais aceitável e não o que sentiam realmente.

Outra dificuldade sentida pela investigadora, foi relativamente ao consentimento informado. Houve CI's que recusaram participar neste estudo simplesmente pelo fato de terem de assinar o consentimento informado, mesmo depois de lhes terem sido dados todos os esclarecimentos em relação a este trabalho, não dando qualquer razão para esta situação.

Também, devido ao facto da investigadora ser enfermeira na UCSP de Belmonte, houve CI's que após aplicação do instrumento de colheita de dados questionaram se este trabalho era uma avaliação para lhes retirarem os idosos, apesar do prévio esclarecimento. Estes CI's foram de novo esclarecidos e aceitaram a sua inclusão neste estudo.

Para estudos futuros impõe-se algumas sugestões:

- Seria de grande interesse alargar este estudo por toda a Cova da Beira, de modo a constituir-se uma amostra de maiores dimensões e representativa da população em causa.
- O questionário sócio-demográfico ao CI poderia incluir mais variáveis, tais como: o tipo de personalidade e as motivações para a aceitação deste papel.

Como sugestões para os profissionais de saúde, seria importante que os todos CI's realizassem formação na área do cuidado, nomeadamente na área social e psico-emocional, e que aquando da VD cuidassem também dos CI's, em particular dos que são cônjuges e os que

vivem em regime de coabitação, visto serem estes que sofrem mais sobrecarga com a situação de dependência da pessoa que cuidam. Sugere-se, também, a possível parametrização da ESC de Zarit nos sistemas informáticos utilizados no âmbito da saúde, já que é de fácil utilização e permite uma avaliação efetiva da sobrecarga sentida pelos Cuidadores Informais.



## CONCLUSÃO

Ao longo deste documento expos-se o percurso, o método e os resultados encontrados. Iniciou-se por uma fundamentação teórica, que se revelou fundamental para selecionar os aspetos mais pertinentes referentes ao cuidado e à sobrecarga sentida pelos CI's. A pesquisa permitiu ainda perceber o tipo de estudos que existia em Portugal sobre o tema em causa e ajudou a orientar a metodologia, em particular o tipo de estudo de carácter quantitativo, bem como o instrumento de colheita de dados e os critérios de inclusão e exclusão dos participantes no estudo. Os resultados obtidos revelam que a maioria dos CI's da amostra apresenta níveis de sobrecarga intensa, particularmente os CI's mais velhos, casados/cônjuges, analfabetos ou que frequentaram até ensino preparatório, reformados, que exercem ou exerceram a sua atividade profissional no setor primário, sem formação na área social e/ou psico-emocional, que mantinham uma relação conflituosa com o idoso dependente antes da prestação de cuidados, que vivem em regime de coabitação, que dizem ser uma obrigação/dever ou uma satisfação pessoal prestar o cuidado, que apresentam patologias clinicamente diagnosticadas e que referiram qualidade de vida muito pior.

Cuidar do idoso dependente do género masculino, solteiro, que exerceu a sua atividade profissional na setor secundário e terciário, que aufer de pensão de reforma/aposentação, que se encontra dependente há mais de 10 anos e com níveis de dependência menores afeta negativamente a sobrecarga sentida pelo CI, aumentando-a.

O processo de cuidar de um idoso dependente é lento e progressivo, tal como o é o processo de perda de autonomia (Bris, 1994). No entanto, os CI's da amostra sofrem repercussões importantes na sua vida durante o processo de cuidar como se verificou ao longo deste estudo.

Nos estudos analisados não se encontraram menções à relação interpessoal, entre CI e idoso dependente, prévia ao cuidado. No entanto, havia curiosidade em conhecer se existiria influência entre este aspeto e a sobrecarga sentida pelo CI. Pelo que, em boa hora, se decidiu estabelecer a relação interpessoal como uma variável independente, uma vez que se veio a verificar, na amostra, que os CI's que mantinham uma relação conflituosa com o idoso dependente antes da prestação de cuidados manifestavam níveis de sobrecarga mais intensos em detrimento dos restantes CI's.

Também, noutros estudos não se encontrou o Índice de Barthel aplicado aos CI's. Verificou-se que vários CI's da amostra apresentam níveis de dependência ligeira a moderada, mas não se comprovou influência entre este facto e a sobrecarga sentida pelos mesmos.

Concluindo, deseja-se que o conhecimento aportado por este trabalho contribua para a obtenção de ganhos em saúde por parte dos idosos dependentes e CI's, dado que se impõe uma mudança de abordagem dos cuidados de saúde face a estes CI's. Como já foi referido, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde não devem centrar-se apenas no idoso dependente, na doença, na incapacidade, mas devem abranger o CI e todo o meio envolvente, direcionando a sua energia para a promoção, manutenção e recuperação das potencialidades existentes nos CI's, de modo a potenciar a política atual que promove a humanização dos cuidados e consequente responsabilização dos familiares e rede informal de apoio aos idosos.

Seria importante que os profissionais de saúde, em particular do Centro de Saúde de Belmonte, dêem início ao planeamento de estratégias de intervenção e que em articulação com estes CI's lhes permitam o desenvolvimento das suas competências para o cuidar e instituem estratégias de coping para que a sua perceção da sobrecarga face ao cuidado que prestam diminua e não sejam apenas as pessoas que cuidam dos seus entes queridos, mas importantes aliados para os cuidados de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

Andrade, F. M.M. (2009a). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades Educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Acedido em Novembro 7, 2010, em: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf)

Andrade, C. (2009b). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 61-71. Acedido em Novembro, 27, 2011, em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?accão=showartigo&id\\_revistaartigo=30&id\\_revisita=7](http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?accão=showartigo&id_revistaartigo=30&id_revisita=7)

Amendola, F., Oliveira, M.A.C., Alvarenga, M.R.M. (2008). *Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família*. Acedido em Outubro 3, 2010, em Scielo: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66

Bris, H.J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Fundação europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho. Conselho Económico e Social: Lisboa

Cancian, F.M., Olikier, S.J. (2000). *Caring and gender*. Walnut Creek: Altamirapress

Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Colliére, M.F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Custódio, J.R.A. (2011). Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente. Dissertação para o Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Acedido em Março 20, 2013, em: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/115>

Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em Novembro 7, 2010, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Ferreira, M.F.A.M. (sd). Cuidar no Domicílio: Sobrecarga da Família/Cuidador Principal com Doente Oncológico Paliativo. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Oncologia submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em Novembro 14, 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7265/2/tese%20final.pdf>

Fonseca, C.B., Canhota, C., Silva, E.E, *et al.* (2008). *Investigação passo a passo – Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica*. Lisboa: APMGG

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência

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

Frias, C.F.C. (2001). A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação. Dissertação para o Grau de Mestre em Ciências da Educação Universidade Nova de Lisboa. Acedido em Outubro 24, 2010, em: <http://run.unl.pt/handle/10362/296>

Garcia, C.I.R.S. (2009). Tradução e Validação do Consequences of Care Index. Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 39-48

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social – Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência

Instituto Nacional de Estatística (2013). Acedido em Janeiro 2, 2013, em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)

Instituto da Segurança Social (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*. Acedido em Novembro 4, 2010, em: [http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/content\\_files/cms/pdf/pdf\\_7f1171a78ce0780a2142a6eb7bc4f3c8.pdf](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/content_files/cms/pdf/pdf_7f1171a78ce0780a2142a6eb7bc4f3c8.pdf)

Lage, M.I.G.S. (2007). *Avaliação dos cuidadores informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido em Fevereiro 21, 2012, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>

Leitão, G.C.M., Almeida, D.T. (2000). O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paul Enf.*, 13(1), 80-85

Lemos, J.A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes*. Trabalho de Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. Acedido em Dezembro 15, 2013, em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf>

Loureiro, N.V. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido em Janeiro, 10, 2013, em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1516/2/DM\\_NicoleLoureiro.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1516/2/DM_NicoleLoureiro.pdf)

Louro, M.C.C.M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido em Janeiro 10, 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>

Martin, I., Paul, C. e Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doença*. 1 (1), 3-9

Martins, T., Ribeiro J.P. e Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde & doenças*, 4(1), 131-148

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2010). *The determinants of health*. Acedido em Maio 20, 2010, em: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/print.html>

Pereira, M.F.C. (2008). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatológica*. Acedido em Outubro 23, 2010, em: <http://repositorio-aberto.up.pt>

PORDATA (2013): Acedido em Janeiro, 2, 2013, em:

<http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+s+exo-721>

<http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-22>

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª. ed.). Lisboa: Gradiva

Rates, H. F. (2007). *Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: implicações para as cuidadoras, no distrito Ressaca – Município de Contagem/MG*. Acedido em Outubro 26, 2010, em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Hosana%20Ferreira%20Rates>. Pdf

Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública

Santos, D.I.F.A. (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. Lisboa

Sequeira, C. A. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 12 (Março), 9-16.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência

Sequeira, C.A.C. (2008). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit. *Referência*, II (12), 9-16

Silva, J. (2006). Quando a vida chega ao fim. Expectativas do doente hospitalizado e família. Lisboa: Lusociência

Silva, A. M. A. (2009). *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade de Lisboa. Acedido em Novembro 16, 2011, em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2375/1/ulsd058209\\_tm\\_Ana\\_Silva.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2375/1/ulsd058209_tm_Ana_Silva.pdf)

Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira (2012). Diagnóstico de Situação do Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.



## Apêndice A

Pedido de autorização ao Coordenador do Centro de  
Saúde de Belmonte

*Autógrafa*  
22/11/2012

CENTRO DE SAÚDE  
DE BELMONTE  
**ENTRADA**  
012-11-22  
N.º PROC. \_\_\_\_\_ L.º \_\_\_\_\_

Ex.mo Senhor

Coordenador do Centro de Saúde de Belmonte

Maria Julieta Neto Martins, Enfermeira no Centro de Saúde de Belmonte a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Exª se digne autorizar o levantamento de informação relativa à identificação dos idosos dependentes, referenciados no Centro de Saúde de Belmonte, para posterior recolha de dados junto dos mesmos e dos seus cuidadores informais.

Esta recolha de dados insere-se no âmbito de um trabalho de investigação que está a ser realizado com o tema "A Sobrecarga do Cuidador Informal do Idoso Dependente". De salientar que os dados serão colhidos pela investigadora, após o consentimento informado dos participantes, garantindo-se que será respeitado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Os resultados finais do estudo serão disponibilizados e tornados públicos.

Pede deferimento,

Guarda, 19 de Novembro de 2012

A Orientadora:

(Maria Hermínia N. Barbosa)

A Co-Orientadora:

(Cecília M. F. Fonseca)

A Mestranda:

(Maria Julieta Neto Martins)

## Apêndice B

### Questionário Geral para o Cuidador Informal

## Caraterização do Cuidador Informal

**1 - Género**

Masculino


Feminino

**2 - Idade:** \_\_\_\_\_  
 anos
**3 – Estado civil**

Solteira(o)

Casada(o)

União de facto

Separada(o)/divorciada(o)

Viúva (o)

**4 - Grau de escolaridade**

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever

Ensino Primário / 1º Ciclo

Ensino Preparatório

3º Ciclo

Ensino Secundário

Curso Médio

Curso Superior

**5 - Situação profissional**

Empregada(o)


Doméstica(o)

Situação de trabalho descontínuo

Reformada(o)


Desempregada(o)

Estudante

Outra:

5.1 - Profissão que exerce ou exerceu:

---

**6 - Principal fonte de rendimento**

Trabalho


Pensão de reforma/aposentação

Pensão de sobrevivência

Pensão de invalidez

Pensão social

Subsídio de desemprego

Subsídio de doença

Rendimento social de inserção

Encontra-se a cargo de familiares

Rendimentos próprios (propriedades, negócios)

Sem rendimentos

Outro:

---

**7 - Qual a religião que professa?**

---

**8 - Possui alguma formação na área do cuidado que presta?**

Não   
Sim

Se sim:

Área Social   
Área Psico-emocional   
Ao nível dos cuidados físicos

**9 - Pratica alguma atividade recreativa / lazer?**

Não   
Sim

Se sim:

Atividade	Regularidade

---

**10 - Qual a relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados:**

Filha(o)  Neta(o)   
Esposa(o)  Irmã(o)   
Nora / Genro

Outro:

---

**11 - Antes de cuidar deste familiar como era o vosso relacionamento?**

Grande intimidade e afeto  Distante / fria   
Próxima  Conflituosa   
Indiferente

Outra:

---

**12 - Para cuidar do seu familiar:**

Deixou a sua habitação e atualmente habita com ele

Levou-o para sua casa

Habita em sua casa e desloca-se diariamente para casa dele

Outra:

---

**13 - Há quanto tempo cuida do seu familiar:** \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_

Meses

---

**14 - Quantas horas destina, em média, por dia para cuidar do seu familiar?** \_\_\_\_\_ horas

---

**15 - Tem doenças clinicamente diagnosticadas?**

Não

Sim

Se sim:

Qual / Quais?

---

Desde quando?

---

---

**16 - Comparando-se com pessoas da sua idade e género, acha que a sua qualidade de vida é:**

Muito melhor  
Um pouco melhor

Um pouco pior  
Muito pior

Mais ou menos na  
mesma

**17 - Para cuidar do seu familiar tem apoios?**

Não

Sim

Se sim:

**17.1 - Saúde**

Visitação domiciliária  
médica

Visitação domiciliária de enfermagem

Ajudas técnicas

Particular	Público

**17.2 - Social**

higiene pessoal do familiar

higiene habitacional

lavagem de roupa

fornecimento de refeições

Especifique quais as instituições:

Particular	Público

Como cuidador paga regularmente a alguma pessoa para cuidar do seu familiar ?

Não

Sim

Se sim, especifique:

---

**17.3 - Familiar**

Apoio/substituição por parte de um familiar para o aliviar

Não

Sim

Se sim, especifique:

---

---

**17.4 - Económico**

fraldas

medicação

alimentação

ajudas técnicas

Outros:


---

---

**18 - Sente que cuidar do seu familiar é:**

Obrigação e dever

Uma forma de mostrar afeto

Obra de caridade

Satisfação pessoal

## Apêndice C

### Questionário Geral para o Idoso Dependente



ID: D

Caraterização do Idoso Dependente

**1 - Género**

Masculino

Feminino

**2 - Idade:** \_\_\_\_\_  
anos

**3 – Estado civil**

Solteira(o)

Casada(o)

União de facto

Separada(o)/divorciada(o)

Viúva (o)

**4 - Grau de escolaridade**

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever

Ensino Primário / 1º Ciclo

Ensino Preparatório

3º Ciclo

Ensino Secundário

Curso Médio

Curso Superior

**5 - Qual a atividade profissional que exerceu?**

**6 - Principal fonte de rendimento**

Trabalho

Subsídio de desemprego

Pensão de reforma/aposentação

Subsídio de doença

Pensão de sobrevivência

Rendimento social de inserção

Pensão de invalidez

Encontra-se a cargo de familiares

Pensão social

Rendimentos próprios (propriedades, negócios)

Sem rendimentos

Outro:

**7 - Há quanto tempo é dependente:** \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_

Meses

7.1 - Qual a causa de dependência?

---

---

---

**8 - Tem doenças clinicamente diagnosticadas?**

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>

Se sim:

Qual / Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Desde quando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apêndice D

### Escala de Pfeiffer Portable Mental Status Questionary

Avaliação cognitiva do idoso dependente: Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status  
Questionary (SPMSQ)

- 1– Em que dia estamos? Mês, dia e ano? \_\_\_\_\_
- 2 – Que dia da semana é hoje? \_\_\_\_\_
- 3 – Como se chama este lugar? \_\_\_\_\_
- 4 – Qual o número do seu telefone? Se não tem telefone, qual é a morada de sua casa?  
\_\_\_\_\_
- 5 – Que idade tem? \_\_\_\_\_
- 6 – Quando nasceu? (dia, mês, ano) \_\_\_\_\_
- 7 – Como se chama o actual Presidente da República? \_\_\_\_\_
- 8 – Como se chamava o anterior Presidente República? \_\_\_\_\_
- 9 – Como se chamava a sua mãe? \_\_\_\_\_
- 10 – Se a vinte retira três quantos ficam? \_\_\_\_\_  
Desses que ficam se lhe retirar mais três quantos ficam? \_\_\_\_\_  
Se tirar mais três quantos ficam? \_\_\_\_\_

(Se a pontuação obtida para SPMSQ estiver entre 3 e 10 erros, deverá ser o cuidador informal a responder ao resto do questionário)

Apêndice E  
Índice de Barthel

## Avaliação da capacidade do idoso dependente realizar as suas AVD's – Índice de Barthel

### ALIMENTAÇÃO

- Independente. Capaz de comer sozinho em tempo considerável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa. \_\_\_\_\_10
- Ajuda. Necessita de ajuda para cortar a carne; barrar a manteiga, mas, é capaz de comer sozinho. \_\_\_\_\_5
- Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa. \_\_\_\_\_0

### BANHO

- Independente. Capaz de lavar-se, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que alguém o supervisione. \_\_\_\_\_5
- Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão. \_\_\_\_\_0

### VESTIR/DESPER

- Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda. \_\_\_\_\_10
- Ajuda. Necessita de ajuda, mas realiza sem ajuda mais de metade destas tarefas nem tempo razoável. \_\_\_\_\_5
- Dependente. Necessita de ajuda para as mesmas. \_\_\_\_\_0

### HIGIENE PESSOAL

- Independente. Realiza todas as actividades pessoais sem qualquer ajuda, os complementos necessários podem ser escolhidos por outra pessoa. \_\_\_\_\_5
- Dependente. Necessita alguma ajuda. \_\_\_\_\_0

### DEJEIÇÕES

- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. \_\_\_\_\_10
- Incontinência ocasional. Menos de uma vez por semana ou necessita de ajuda para colocar clisters ou supositórios. \_\_\_\_\_5
- Incontinência. Mais de um episódio por semana. \_\_\_\_\_0

### MIÇÃO

- Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo sozinho (sonda vesical, arrastadeira). \_\_\_\_\_10
- Incontinência ocasional. Apresenta um máximo de um episódio em 24 horas ou requer ajuda para manipulação de sondas ou de outros dispositivos. \_\_\_\_\_5
- Incontinência. Mais de um episódio em 24 horas. \_\_\_\_\_0

### USO DA CASA DE BANHO

- Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa. \_\_\_\_\_10
- Ajuda. Necessita de ajuda. Capaz de se arranjar com uma pequena ajuda. Capaz de se limpar sozinho. \_\_\_\_\_5
- Dependente. \_\_\_\_\_0

#### TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA

- Independente. Não requer ajuda para se sentar ou levantar de um assento nem para entrar ou sair da cama. \_\_\_\_\_15
- Ajuda mínima. Inclui uma supervisão, uma ajuda física. \_\_\_\_\_10
- Grande ajuda. Precisa de ajuda de outra pessoa forte ou treinada \_\_\_\_\_ 5
- Dependente. Necessita de uma grua ou do levantamento por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado. \_\_\_\_\_0

#### DEAMBULAÇÃO

- Independente Pode andar 50 metros ou o seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar ajuda mecânica. Se utiliza uma prótese pode tirá-la ou pô-la sozinho. \_\_\_\_\_15
- Ajuda. Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou de uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa. \_\_\_\_\_10
- Independente em cadeira de rodas. Não requer ajuda ou supervisão. \_\_\_\_\_5
- Imobilizado \_\_\_\_\_0

#### SUBIR E DESCER ESCADAS

- Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda, não requer supervisão de outra pessoa. \_\_\_\_\_ 10
- Ajuda. Necessita de ajuda ou supervisão. \_\_\_\_\_5
- Dependente. Incapaz de subir e descer escadas. \_\_\_\_\_0

## Apêndice F

### Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit



Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) realmente precisa?					
2	Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?					
3	Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho / família)?					
4	Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?					
6	Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?					
7	Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?					
8	Acha que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?					
10	Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11	Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?					
12	Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?					
14	Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?					
15	Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?					
16	Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por mais tempo?					
17	Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?					
18	Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?					
19	Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?					
20	Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?					
21	Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?					

Apêndice G

Consentimento Informado

## Consentimento Informado

Aceito que os dados recolhidos durante a entrevista para preenchimento do questionário sejam utilizados num estudo que faz parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, uma vez que tomei conhecimento sobre os seus objetivos e sobre as condições em que este se realizará. Foi-me, ainda assegurado que a identificação das pessoas referenciadas será preservada e mantida sob anonimato.

Fui, também, informado(a) sobre o direito de recusar participar no estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, deixar de nele participar a qualquer momento sem sofrer por isso qualquer prejuízo.

Considero que fui convenientemente esclarecido(a) e que todas as dúvidas colocadas foram respondidas, pelo que autorizo a utilização e divulgação dos dados para as finalidades que me foram explicadas.

Belmonte, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

(Assinatura do Cuidador Informal)

---

(Assinatura do Idoso Dependente) (No caso de não poder assinar deve ser o Cuidador Informal a fazê-lo)

---

Maria Julieta Neto Martins

(Assinatura da investigadora)

# Apêndice H

## Tabelas de Resultados dos Idosos Dependentes

Tabela 1: Pontuações obtidas no SPMSQ

Tabela 2: Medidas descritivas encontradas para as pontuações obtidas no SPMSQ

Tabela 3: Medidas descritivas para a variável idade dos idosos dependentes

Tabela 4: Características sócio-demográficas dos idosos dependentes

Tabela 5: Tempo de dependência do idoso dependente

Tabela 6: Medidas descritivas para a variável tempo de dependência do idoso dependente

Tabela 7: Doenças clinicamente diagnosticadas nos idosos dependentes

Tabela 8: Média, mínimo, máximo e desvio padrão da idade de início das doenças clinicamente diagnosticadas

Tabela 9: Medidas descritivas encontradas para o Índice de Barthel

Tabela 1: Pontuações obtidas no SPMSQ

Variável	N.º	% (n=34)	
0 erros	1	2,9	
1 erro	0	0	
2 erros	1	2,9	
3 erros	2	5,9	
Pontuações	4 erros	4	11,8
no	5 erros	2	5,9
SPMSQ	6 erros	6	17,6
	7 erros	4	11,8
	8 erros	1	2,9
	9 erros	0	0
	10 erros	13	38,2
TOTAL	34	100	

Tabela 2: Medidas descritivas encontradas para as pontuações obtidas no SPMSQ

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão
Pontuações no SPMSQ	7	10	6,9	0	10	2,9

Tabela 3: Medidas descritivas para a variável idade dos idosos dependentes

Variável	Mediana	Moda	Média	Min.	Máx.	Desvio padrão	P25	P50	P75
Idade	85	82	85,4	69	100	7,2	80	85	91

Tabela 4: Características sócio-demográficas dos idosos dependentes

Variáveis		n°	% (n=34)
Idade	≤ 75 anos	2	5,9
	]75,80] anos	7	20,6
	]80,85] anos	9	26,5
	]85,90] anos	6	17,6
	]90,95] anos	8	23,5
	]95,100] anos	2	5,9
TOTAL		34	100
Género	Masculino	9	26,5
	Feminino	25	73,5
TOTAL		34	100
Estado civil	Solteiro	4	11,8
	Casada(o)	11	32,4
	Viúva(o)	19	55,9
TOTAL		34	100
Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever	25	73,5
	Sabe ler e escrever	2	5,9
	Ensino Primário/1º Ciclo	7	20,6
TOTAL		34	100
Atividade profissional	Setor primário	21	61,8
	Setor secundário	3	8,8
	Setor terciário	9	26,5
	Não se aplica	1	2,9
TOTAL		34	100
Fonte de rendimento	Pensão de reforma/ aposentação	30	88,2
	Pensão de sobrevivência	3	8,8
	Pensão social	1	2,9
	TOTAL	34	100

Tabela 5: Tempo de dependência do idoso dependente

Variável		n°	% (n=34)
Tempo como dependente (anos)	≤ 1	6	17,6
	]1,5]	13	38,2
	]5,10]	11	32,4
	> 10	4	11,8
TOTAL		34	100

Tabela 6: Medidas descritivas para a variável tempo de dependência do idoso dependente

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão
Tempo como dependente (anos)	5	3	7,8	0,67 (=8 meses)	69	12

Tabela 7: Doenças clinicamente diagnosticadas nos idosos dependentes

Variável		n°	% (n=34)
Doenças clinicamente diagnosticadas	Sim	27	79,4
	Não	7	20,6
TOTAL		34	100

Tabela 8: Média, mínimo, máximo e desvio padrão da idade de início das doenças clinicamente diagnosticadas

Variável	Média	Min.	Máx.	Desvio padrão
Diabetes Mellitus	64	45	80	12
HTA	63	50	88	14
Insuficiência cardíaca	67	50	75	10
Hipercolesterolemia	62	50	75	13
Angina de peito	68	60	75	11
Asma	64	50	78	20
DPOC	80	70	90	14
Insuficiência respiratória	73	70	75	4
Hipertrofia prostática	64	50	70	11
Cirrose hepática	79	79	79	-
Colite crônica	70	70	70	-
Úlcera gástrica	70	70	70	-

Tabela 9: Medidas descritivas encontradas para o Índice de Barthel

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão
Índice de Barthel	37,5	0	33,5	0	90	27,2



# Apêndice I

## Tabelas de Resultados dos Cuidadores Informais

- Tabela 1 Medidas descritivas para a variável idade dos CI's
- Tabela 2: Características sócio demográficas dos CI's
- Tabela 3: Atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's
- Tabela 4: Atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's
- Tabela 5: Regularidade das atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's
- Tabela 6: Doenças clinicamente diagnosticadas nos CI's
- Tabela 7 : Medidas descritivas da idade de início das doenças clinicamente diagnosticadas
- Tabela 8: Percepção da qualidade de vida do CI
- Tabela 9: Pontuações obtidas pelos CI's no Índice de Barthel
- Tabela 10: Medidas descritivas encontradas para o Índice de Barthel
- Tabela 11: Grau de parentesco do CI relativamente ao idoso dependente
- Tabela 12: Duração da prestação de cuidados em anos
- Tabela 13: Medidas descritivas para a variável número de anos a prestar cuidados
- Tabela 14: Duração da prestação de cuidados em número horas/dia
- Tabela 15: Medidas descritivas para a variável número de horas/dia a prestar cuidados
- Tabela 16: Tipo de relacionamento entre CI e idoso dependente antes da prestação de cuidados
- Tabela 17: Situação habitacional do CI e idoso dependente
- Tabela 18: Formação na área do cuidado
- Tabela 19: Tipo de formação na área do cuidado
- Tabela 20: Sentimento perante o cuidado prestado
- Tabela 21: Apoios para prestar o cuidado ao idoso dependente
- Tabela 22: Apoios na área da saúde para cuidar o idoso dependente
- Tabela 23: Apoios sociais para cuidar o idoso dependente
- Tabela 24: Apoio/substituição por parte de um familiar para cuidar o idoso dependente
- Tabela 25: Apoios económicos para cuidar o idoso dependente
- Tabela 26: Pontuações obtidas pelos cuidadores informais na ESC de Zarit
- Tabela 27: Medidas descritivas das pontuações obtidas pelos CI's na ESC de Zarit

Tabela 1 Medidas descritivas para a variável idade dos CI's

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão	P25	P50	P75
Idade	65	60	65,2	38	89	12,6	56	65	75,7

Tabela 2: Características sócio demográficas dos CI's

Variáveis		Nº	% (n=34)
Idade	≤ 50 anos	3	8,8
	]50,60] anos	10	29,4
	]60-70] anos	11	32,4
	]70,80] anos	6	17,6
	]80,90] anos	4	11,8
TOTAL		34	100
Género	Masculino	4	11,8
	Feminino	30	88,2
TOTAL		34	100
Estado civil	Solteiro	1	2,9
	Casada(o)	28	82,4
	Separada(o)/divorciada(o)	3	8,8
	Viúva(o)	2	5,9
TOTAL		34	100
Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever	2	5,9
	Sabe ler e escrever	1	2,9
	Ensino Primário/1º Ciclo	22	64,7
	Ensino Preparatório	3	8,8
	3º Ciclo	1	2,9
	Ensino Secundário	3	8,8
	Curso Superior	2	5,9
TOTAL		34	100
Situação profissional	Empregada(o)	8	23,5
	Doméstica(o)	1	2,9
	Reformada(o)	23	67,6
	Desempregada(o)	2	5,9
TOTAL		34	100

Tabela 2: Caraterísticas sócio demográficas dos CI's (continuação)

Variáveis		Nº	% (n=34)
Atividade profissional	Setor primário	7	20,6
	Setor secundário	8	23,5
	Setor terciário	19	55,9
Fonte de rendimento	Trabalho	8	23,5
	Pensão de reforma/ aposentação	23	67,6
	Pensão social	1	2,9
	Subsídio de desemprego	1	2,9
	Sem rendimentos	1	2,9
	TOTAL	34	100
Religião	Católica	31	91,2
	Judaica	2	5,9
	Testemunha de Jeová	1	2,9
TOTAL		34	100

Tabela 3: Atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's

Variável		Nº	% (n=34)
Atividade recreativa/lazer	Sim	24	70,6
	Não	10	29,4
TOTAL		34	100

Tabela 4: Atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's

Variável		Nº	% (n=34)
Atividade recreativa / lazer	Caminhada	12	35,3
	Ir ao café	4	11,8
	Ler	6	17,6
	Agricultura	9	26,5
	Croché	4	11,8
	Tricot	3	8,8
	Fazer malha	1	2,9
	Andar de bicicleta	1	2,9
	TOTAL	34	100

Tabela 5: Regularidade das atividades recreativas/lazer praticadas pelos CI's

Variável		Nº	%(n=34)	
Regularidade das atividades recreativas/lazer	Caminhada	Diário	6	17,6
		Esporádico	4	11,8
		1 vez por semana	2	5,9
	Ler	Diário	4	11,8
		Esporádico	2	5,9
	Fazer malha	Diário	1	2,9
	Andar de bicicleta	Esporádico	1	2,9
	Agricultura	Diário	9	26,5
	Ir ao café	Diário	4	11,8
	Croché	Diário	3	8,8
	Tricot	Esporádico	1	2,9
		Diário	2	5,9
		Esporádico	1	2,9

Tabela 6: Doenças clinicamente diagnosticadas nos CI's

Variável		nº	%(n=34)
Doenças clinicamente diagnosticadas	Sim	23	67,6
	Não	11	32,4
TOTAL		34	100

Tabela 7: Medidas descritivas da idade de início das doenças clinicamente diagnosticadas

Variável	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
	Artroses	55	55	55	-
	Asma	6	6	6	-
	Bronquite asmática	40	30	50	14,142
	Colite ulcerosa	50	50	50	-
Doenças clinicamente diagnosticadas	Depressão	40,5	30	51	14,849
	Diabetes Mellitus	55,8	50	60	4,916
	Fibromialgia	50	50	50	-
	Gota	60	60	60	-
	HTA	55,1	50	68	7,448
	Miopia	64	64	64	-
	Osteoporose	52	52	52	-
	Refluxo gástrico	50	50	50	-
	Reumatismo	50	50	50	-
	Rinite alérgica	36	36	36	-
	Tendinite	58	48	68	14,142
	Tumor	59	59	59	-

Tabela 8: Percepção da qualidade de vida do CI

Variável	Nº	% (n=34)
	Muito pior	3 8,8
	Um pouco pior	7 20,6
Percepção da qualidade de vida	Mais ou menos na mesma	19 55,9
	Um pouco melhor	5 14,7
	Muito melhor	0 0
	<b>TOTAL</b>	<b>34 100</b>

Tabela 9: Pontuações obtidas pelos CI's no Índice de Barthel

Variável	Pontuação	Classificação	Nº	% (n=34)
	100	Independência	24	70,6
Índice de Barthel	91-99	Dependência ligeira	6	29,4
	61-90	Dependência moderada	4	11,8
	21-60	Dependência severa	0	0
	0-20	Dependência total	0	0
	<b>TOTAL</b>		<b>34</b>	<b>100</b>

Tabela 10: Medidas descritivas encontradas para o Índice de Barthel

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão	Coefficiente de assimetria
Índice de Barthel	100	100	96,9	70	100	6,5	-2,8

Tabela 11: Grau de parentesco do CI relativamente ao idoso dependente

Variável	Nº	% (n=34)	
Parentesco	Filha(o)	17	50
	Esposa(o)	7	20,6
	Nora/Genro	4	11,8
	Irmã(o)	4	11,8
	Sobrinha	1	2,9
	Prima	1	2,9
TOTAL	34	100	

Tabela 12: Duração da prestação de cuidados em anos

Variável	Nº	% (n=34)	
Nº de anos a prestar cuidados	≤ 1	4	11,8
	]1,5]	11	32,3
	]5,10]	14	41,2
	> 10	5	14,7
TOTAL	34	100	

Tabela 13: Medidas descritivas para a variável número de anos a prestar cuidados

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão
Nº de anos a prestar cuidados	6	10	7,3	0,67	20	5,6
				(= 8 meses)		

Tabela 14: Duração da prestação de cuidados em número horas/dia

Variável	Nº	% (n=34)	
Nº de horas/dia destinadas ao cuidado	[1,4]	25	73,5
	]4,8]	9	26,5
TOTAL	34	100	

Tabela 15: Medidas descritivas para a variável número de horas/dia a prestar cuidados

Variável	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão
Nº de horas/dia destinadas ao cuidado	4	4	3,7	1	8	1,7

Tabela 16: Tipo de relacionamento entre CI e idoso dependente antes da prestação de cuidados

Variável	Nº	% (n=34)	
Tipo de relacionamento	Próxima	14	41,2
	Grande intimidade e afeto	13	38,2
	Conflituosa	6	17,6
	Distante / fria	1	2,9
TOTAL	34	100	

Tabela 17: Situação habitacional do CI e idoso dependente

Variável	Nº	% (n=34)	
Situação habitacional	Levou-o para sua casa	15	44,1
	Habita em sua casa e desloca-se diariamente para casa dele	7	20,6
	Coabitação	7	20,6
	Deixou a sua habitação e atualmente habita com ele	5	14,7
TOTAL	34	100	

Tabela 18: Formação na área do cuidado

Variável		Nº	% (n=34)
Formação na área do cuidado	Sim	7	79,4
	Não	27	20,6
TOTAL		34	100

Tabela 19: Tipo de formação na área do cuidado

Variável		Nº	% (n=34)
Tipo de formação	Social	2	5,9
	Psico-emocional	3	8,8
	Cuidados Físicos	7	20,6

Tabela 20: Sentimento perante o cuidado prestado

Variável		Nº	% (n=34)
Sentimento perante o cuidado prestado	Obrigação e dever	26	76,5
	Obra de caridade	1	2,9
	Uma forma de mostrar afeto	4	11,8
	Satisfação pessoal	3	8,8
TOTAL		34	100

Tabela 21: Apoios para prestar o cuidado ao idoso dependente

Variável		Nº	% (n=34)
Apoios para cuidar do familiar	Sim	34	100
	Não	0	0
TOTAL		34	100



Tabela 22: Apoios na área da saúde para cuidar o idoso dependente

Variáveis		Nº	% (n=34)
Visitação domiciliária médica - Público	Sim	22	64,7
	Não	12	35,3
TOTAL		34	100
Visitação domiciliária médica - Particular	Sim	2	5,9
	Não	32	94,1
TOTAL		34	100
Visitação domiciliária enfermagem - Público	Sim	15	44,1
	Não	19	55,9
TOTAL		34	100
Visitação domiciliária enfermagem - Particular	Sim	1	2,9
	Não	33	97,1
TOTAL		34	100
Ajudas técnicas – Público	Sim	0	0
	Não	34	100
TOTAL		34	100
Ajudas técnicas – Particular	Sim	0	0
	Não	34	100
TOTAL		34	100

Tabela 23: Apoios sociais para cuidar o idoso dependente

Variáveis		Nº	%
Social – higiene pessoal do familiar	Santa Casa da Misericórdia	2	5,9
	Empregada doméstica	1	2,9
	Centro de dia	2	5,9
	Não se aplica	29	85,3
	TOTAL	34	100
Social – higiene habitacional	Santa Casa da Misericórdia	2	5,9
	Empregada doméstica	3	8,8
	Centro de dia	2	5,9
	Não se aplica	27	79,4
	TOTAL	34	100
Social – lavagem da roupa	Santa Casa da Misericórdia	3	8,8
	Empregada doméstica	2	5,9
	Centro de dia	0	0
	Não se aplica	29	85,3
	TOTAL	34	100
Social – fornecimento de refeições	Santa Casa da Misericórdia	6	17,6
	Empregada doméstica	0	0
	Centro de dia	2	5,9
	Não se aplica	26	76,5
	TOTAL	34	100

Tabela 24: Apoio/substituição por parte de um familiar para cuidar o idoso dependente

Variável		Nº	% (n=34)
Apoio/substituição por parte de um familiar	Não	16	47,1
	Filha(o)	7	20,6
	Irmã(o)	7	20,6
	Esposa(o)	2	5,9
	Nora/Genro	1	2,9
	Cunhada(o)	1	2,9
	TOTAL	34	100

Tabela 25: Apoios económicos para cuidar o idoso dependente

Variáveis		Nº	%
Económico - fraldas	Sim	26	76,5
	Não	8	23,5
TOTAL		34	100
Económico - medicação	Sim	30	88,2
	Não	4	11,8
TOTAL		34	100
Económico - alimentação	Sim	28	82,4
	Não	6	17,6
TOTAL		34	100
Económico – ajudas técnicas	Sim	5	14,7
	Não	29	85,3
TOTAL		34	100

Tabela 26: Pontuações obtidas pelos cuidadores informais na ESC de Zarit

Itens da ESC de Zarit	Nº	%	Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx	Desvio padrão
	(n=34)							
≤ 46 pontos = Sem sobrecarga	6	17,6						
46-56 pontos = Sobrecarga ligeira	13	38,2	55	52	56,6	34	88	12,1
≥ 56 pontos = Sobrecarga intensa	15	44,1						

Tabela 27: Medidas descritivas das pontuações obtidas pelos CI's na ESC de Zarit

Mediana	Moda	Média	Mín.	Máx.	Desvio padrão	Coefficiente de assimetria
55	52	56,6	34	88	12,1	0,6

# Apêndice J

## Tabelas de Verificação de Objetivos

Tabela 1: Correlações de Pearson entre a pontuação na ESC de Zarit e a idade do CI

Tabela 2: Correlações de Spearman's entre a pontuação na ESC de Zarit e a idade do CI

Tabela 3: Medidas descritivas da variável idade em função da classificação obtida na ESC de Zarit

Tabela 4: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável género do CI

Tabela 5: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do CI

Tabela 6: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável situação profissional do CI

Tabela 7: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do CI

Tabela 8: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável religião professada pelo CI

Tabela 9: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável relação de parentesco

Tabela 10: Medidas descritivas da pontuação na ESC de Zarit em função da variável tipo de relacionamento

Tabela 11: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável tipo de relacionamento

Tabela 12: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável situação habitacional

Tabela 13: Níveis de sobrecarga face à situação habitacional

Tabela 14: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável sentimento perante o cuidado prestado

Tabela 15: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável género do idoso

Tabela 16: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do idoso

Tabela 17: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do idoso

Tabela 18: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável fonte de rendimento do idoso

Tabela 19: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável prática de atividade recreativa/lazer

Tabela 20: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável pratica de atividade recreativa/lazer

Tabela 21: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas no CI

Tabela 22: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável percepção da qualidade de vida

Tabela 23: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência

Tabela 24: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas no idoso

Figura 1: Teste paramétrico *T-student*

Figura 2: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável tipo de relacionamento

Figura 3: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do estado civil do idoso dependente

Figura 4: Teste paramétrico *T-student*

Figura 5: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável pratica atividade recreativa/lazer

Figura 6: Teste paramétrico *T-student*

Figura 7: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável doenças clinicamente diagnosticadas

Tabela 1: Correlações de Pearson entre a pontuação na ESC de Zarit e a idade do CI

		Pontuação na ESC de Zarit	Idade
Pontuação na ESC de Zarit	Correlação de Pearson	1	,226
	Sig. (2-tailed)		,199
	N	34	34
Idade	Correlação de Pearson	,226	1
	Sig. (2-tailed)	,199	
	N	34	34

Tabela 2: Correlações de Spearman's entre a pontuação na ESC de Zarit e a idade do CI

			Pontuação na ESC de Zarit	Idade
Spearman's rho	Pontuação na ESC de Zarit	Coeficiente de correlação	1,000	,170
		Sig. (2-tailed)	.	,336
		N	34	34
	Idade	Coeficiente de correlação	,170	1,000
		Sig. (2-tailed)	,336	.
		N	34	34

Tabela 3: Medidas descritivas da variável idade em função da classificação obtida na ESC de Zarit

		Idade					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Classificação de Zarit	Sem sobrecarga	58	6	58	81	42	15
	Sobrecarga ligeira	63	13	63	89	38	12
	Sobrecarga intensa	70	15	69	88	52	11

Tabela 4: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável género do CI

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio Padrão
Género	Masculino	56,5	4	56	65	49	7,7
	Feminino	56,8	30	55	88	34	12,7

Tabela 5: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do CI

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever	63	2	63	65	61	2,8
	Sabe ler e escrever	57	1	57	57	57	-
	Ensino Primário / 1º Ciclo	56,4	22	52	88	35	12,4
	Ensino Preparatório	66,7	3	62	79	59	10,8
	3º Ciclo	55	1	55	55	55	-
	Ensino Secundário	58,7	3	55	67	54,00	7,2
	Curso Médio	-	0	-	-	-	-
	Curso Superior	35,5	2	35,5	37	34	2,1

Tabela 6: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável situação profissional do CI

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio Padrão
Situação profissional	Empregada(o)	56,1	8	57,5	79	35	14,7
	Doméstica(o)	53	1	53	53	53	-
	Situação de trabalho descontínuo	-	0	-	-	-	-
	Reformada(o)	57,6	23	56	88	34	12
	Desempregada(o)	50	2	50	55	45	7,1
	Estudante	-	0	-	-	-	-

Tabela 7: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do CI

		Pontuação obtida na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Setor de Atividade	Setor primário	62,6	7	62	85	51	11,2
	Setor secundário	57,5	8	53,5	88	45	13
	Setor terciário	54,1	19	54	79	34	11,9

Tabela 8: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável religião professada pelo CI

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Religião professada	Judaica	53	2	53	57	49	5,7
	Católica	55,9	31	55	85	34	11,2
	Testemunha de Jeová	88	1	88	88	88	-



Tabela 9: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável relação de parentesco

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Relação de parentesco	Filha(o)	54,7	17	52	79	37	9,4
	Esposa(o)	65,1	7	61	88	49	15,6
	Nora / Genro	58,7	4	57	67	54	5,9
	Neta(o)	-	0	-	-	-	-
	Irmã(o)	56,2	4	61,5	68	34	15,1
	Sobrinha	35	1	35	35	35	-
	Prima	45	1	45	45	45	-

Tabela 10: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável tipo de relacionamento

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Tipo de relacionamento	Grande intimidade e afeto	52,23	13	54	67	34	9,2
	Próxima	53,43	14	52,5	68	35	8,4
	Indiferente	-	0	-	-	-	-
	Distante / fria	62,00	1	62	62	62	-
	Conflituosa	72,83	6	73,5	88	52	13,7

Tabela 11: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável tipo de relacionamento

		Pontuação na ESC de Zarit		
		Média	Frequência	Desvio padrão
Tipo de relacionamento	Próximo e Grande intimidade/afeto	52,9	27	8,6
	Distante/fria e Conflituosa	71,3	7	13,1

Tabela 12: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável situação habitacional

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Situação habitacional	Deixou a sua habitação e atualmente habita com ele	54,8	5	59	68	35	12,4
	Levou-o para sua casa	56	15	55	79	34	10,1
	Habita em sua casa e desloca-se diariamente para casa dele	50,9	7	52	68	37	9,9
	Coabitação	65,1	7	61	88	49	15,6

Tabela 13: Níveis de sobrecarga face à situação habitacional

		Classificação na ESC de Zarit			TOTAL
		Sem sobrecarga	Sobrecarg a ligeira	Sobrecarg a intensa	
Situação habitacional	Deixou a sua habitação e atualmente habita com ele	1	1	3	5
	Levou-o para sua casa	2	7	6	15
	Habita em sua casa e desloca-se diariamente para casa dele	3	3	1	7
	Coabitação	0	2	5	7
TOTAL		6	13	15	34

Tabela 14: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável sentimento perante o cuidado prestado

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Sentimento perante o cuidado	Obrigação e dever	57,8	26	55,5	88	34	12,3
	Obra de caridade	35	1	35	35	35	-
	Uma forma de mostrar afeto	51	4	53,5	60	37	9,9
	Satisfação pessoal	61	3	61	68	54	7

Tabela 15: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável género do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Género	Masculino	60,4	9	57	88	45	15,7
	Feminino	55,3	25	55	79	34	10,6

Tabela 16: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de escolaridade do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever	56,2	25	55	85	34	12,2
	Sabe ler e escrever	55,5	2	55,5	57	54	2,1
	Ensino Primário / 1º Ciclo	58,4	7	55	88	45	14,3

Tabela 17: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável setor de atividade do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Setor de atividade	Setor Primário	52,1	21	52	79	34	10,2
	Setor Secundário	68,7	3	62	85	59	14,2
	Setor Terciário	62,7	9	61	88	49	12

Tabela 18: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável fonte de rendimento do idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Fonte de rendimento	Pensão de reforma/aposentação	57,8	30	55,5	88	34	11,9
	Pensão de sobrevivência	47,3	3	45	62	35	13,6
	Pensão social	50	1	50	50	50	-

Tabela 19: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável prática de atividade recreativa/lazer

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Prática de atividade recreativa / lazer	Não	57,1	10	58	65	49	4,9
	Sim	56,5	24	53,5	88	34	14,2

Tabela 20: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável pratica de atividade recreativa/lazer

		Pontuação na ESC de Zarit		
		Média	Frequência	Desvio padrão
Prática de atividade recreativa/lazer	Sim	56,5	24	14,2
	Não	57,1	10	4,9

Tabela 21: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas no CI

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Doenças clinicamente diagnosticadas	Não	48,9	11	52	61	34	7,9
	Sim	60,3	23	59	88	35	12,2

Tabela 22: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável percepção da qualidade de vida

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Percepção da qualidade de vida	Muito pior	67,3	3	62	88	52	18,6
	Um pouco pior	63,1	7	62	79	52	8,7
	Mais ou menos na mesma	54,7	19	53	85	37	9,8
	Um pouco melhor	48,6	5	45	68	34	15,3

Tabela 23: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável grau de dependência/independência

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Índice de Barthel	Dependência moderada	58,5	4	59	65	51	6
	Dependência ligeira	55,8	6	52,5	68	49	7,2
	Independência	56,5	24	55	88	34	13,9

Tabela 24: Medidas descritivas da pontuação obtida na ESC de Zarit em função da variável doenças clinicamente diagnosticadas no idoso

		Pontuação na ESC de Zarit					
		Média	Frequência	Mediana	Máx.	Mín.	Desvio padrão
Doenças clinicamente diagnosticadas	Não	50,3	7	52	62	34	10
	Sim	58,3	27	56	88	35	12,2

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Score_Zarit	Equal variances assumed	3,463	,072	-4,511	32	,000	-18,43386	4,08670	-26,75820	-10,10952
	Equal variances not assumed			-3,521	7,396	,009	-18,43386	5,23546	-30,68075	-6,18697

Figura 1: Teste paramétrico *T-student*

Tests of Normality							
Classif. Relacionamento		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score_Zarit	Próximo/intimidade	,127	27	,200	,954	27	,273
	Frio/Distante	,170	7	,200	,951	7	,737

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Figura 2: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável tipo de relacionamento

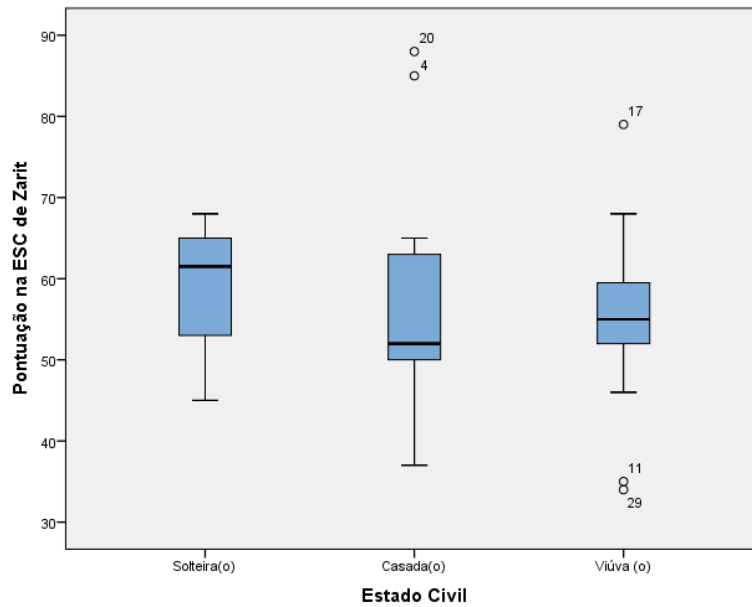


Figura 3: Diagrama de extremos e quartis da distribuição das pontuações obtidas na ESC de Zarit em função do estado civil do idoso dependente

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score_Zarit	Equal variances assumed	5,993	,020	,138	32	,891	,64167	4,63699	-8,80358	10,08692
	Equal variances not assumed			,195	31,527	,847	,64167	3,29438	-6,07271	7,35605

Figura 4: Teste paramétrico *T-student*

**Tests of Normality**

	Pratica alguma atividade recreativa / lazer	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score_Zarit	Não	,149	10	,200	,969	10	,884
	Sim	,166	24	,086	,946	24	,224

\*. This is a lower bound of the true significance.  
 a. Lilliefors Significance Correction

Figura 5: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável pratica atividade recreativa/lazer

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score_Zarit	Equal variances assumed	1,041	,315	-2,831	32	,008	-11,43874	4,03983	-19,66759	-3,20988
	Equal variances not assumed			-3,289	28,815	,003	-11,43874	3,47816	-18,55436	-4,32311

Figura 6: Teste paramétrico *T-student*

Tests of Normality							
Doenças clinicamente diagnosticadas		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score_Zarit	Não	,241	11	,074	,914	11	,273
	Sim	,142	23	,200*	,954	23	,354

\*. This is a lower bound of the true significance.  
a. Lilliefors Significance Correction

Figura 7: Testes de normalidade para a pontuação obtida na ESC de Zarit em função dos grupos considerados para variável doenças clinicamente diagnosticadas