



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO

Fernanda Lúcia Tavares de Almeida

LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM
CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA DEPENDENTE

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM
CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA
DEPENDENTE

Dissertação de Natureza Científica

Fernanda Lúcia Tavares de Almeida

Dissertação de natureza científica apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação sob orientação do *Professor Especialista João Ventura*

Oliveira de Azeméis | 2024

Dedico este trabalho à minha Mãe, que sempre foi a minha luz e, apesar de já não se encontrar fisicamente entre nós, continua a ser a minha mais brilhante estrela. Ela ensinou-me sempre que temos de nos tornar na mudança que queremos ver. Mãe, consegui ultrapassar mais uma etapa da minha vida, contigo e por ti.

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente trabalho não teria sido possível sem a ajuda de quem, tão amavelmente me acompanhou neste percurso.

Cumpro, assim, primeiramente, agradecer ao Professor João Ventura, a quem expresso a minha enorme gratidão por todos os seus ensinamentos e sabedoria, sempre com grande dedicação e disponibilidade. Agradeço-lhe pela sua orientação científica, disponibilidade, experiência, conhecimentos, contributos e sugestões partilhadas ao longo deste trabalho.

À Direção de Enfermagem do Agrupamento de Centros de Saúde de Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte, respetiva Comissão de Ética pela autorização que tornou possível este estudo.

A todos os que aceitaram participar neste estudo, cuidadores informais, pela sua disponibilidade e por me confiarem as suas partilhas. A sua colaboração foi fundamental para dar “vida” a este trabalho.

À minha Família, em especial ao meu marido e filhos, pelo amor, paciência, pela força e incentivo constante que me deram, por terem sido capazes de compreender o pouco tempo disponibilizado junto deles fisicamente e por serem os meus maiores exemplos de vida.

A todos,

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESST – Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

Cf. – Conforme

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados de Continuados Integrados

ECI - Estatuto do Cuidador Informal

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNLSCC - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Program *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Introdução: A esperança de vida tem aumentado, os índices de dependência e os idosos precisam de mais cuidados de saúde para melhorar a sua qualidade de vida. Com o aumento do tempo despendido, os cuidadores informais de pessoa dependente têm relatado um aumento de distúrbios musculoesqueléticos, bem como níveis elevados de dor.

Objetivo: Avaliar a prevalência de lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais de utentes internados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de três cidades do norte de Portugal, com amostra de 60 cuidadores informais; identificar quais as variáveis sociodemográficas (cuidador e pessoa dependente) associadas a maior prevalência de lesões musculoesqueléticas no cuidador informal.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência de cuidadores informais de utentes internados na ECCI de três cidades do norte de Portugal. O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário, composto por duas partes. Numa primeira parte, é realizada a caracterização sociodemográfica, tanto do cuidador informal como da pessoa dependente, e a segunda parte pelo Questionário Nórdico Músculo-Esquelético, e a Escala Modificada de Barthel.

Resultados: Relativamente à sintomatologia musculoesquelética nos vários segmentos corporais dos cuidadores informais, nos últimos 12 meses, pelos valores médios, pautou-se que é mais elevada a dor lombar, seguindo-se a dor na cervical, nas pernas/joelhos, nos ombros e, por fim, nas ancas/coxas. O cotovelo é a zona do corpo, onde os cuidadores informais sentem menos intensidade da dor.

Conclusão: Face aos resultados apurados, salienta-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação, devem estar atentos ao aumento das lesões musculoesqueléticas dos cuidadores informais, que aumenta com a idade e, como tal, devem desenvolver estratégias para envolver sistemas de apoio apropriados, incluir os cuidadores informais em programas educativos e intervenções destinadas a otimizar a sua literacia em saúde e autoeficácia, como meio para reduzir as consequências negativas na sua saúde.

Palavras-chave: Cuidador informal; Lesões musculoesqueléticas; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Life expectancy has increased, dependency rates have risen and the elderly need more health care to improve their quality of life. With the increase in time spent, informal caregivers of dependent people have reported an increase in musculoskeletal disorders, as well as high levels of pain.

Aim: To assess the prevalence of musculoskeletal injuries in informal caregivers of patients admitted to an Integrated Continuing Care Team (ICCT) in three cities in northern Portugal, with a sample of 60 informal caregivers; to identify which sociodemographic variables (caregiver and dependent person) are associated with a higher prevalence of musculoskeletal injuries in informal caregivers.

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study, with a non-probabilistic convenience sample of informal caregivers of patients admitted to the ICCT in three cities in northern Portugal. The data collection instrument consisted of a two-part questionnaire. The first part includes a sociodemographic characterization of both the informal caregiver and the dependent person, and the second part includes the Nordic Musculoskeletal Questionnaire and the Modified Barthel Scale.

Results: About musculoskeletal symptoms in the various body segments of informal caregivers in the last 12 months, the average values showed that low back pain is the highest, followed by pain in the neck, legs/knees, shoulders and, finally, hips/thighs.

Conclusion: In view of the results obtained, it is highlighted that health professionals, namely Rehabilitation Nursing Specialist Nurses, must be aware of the increase in musculoskeletal injuries among informal caregivers, which increases with age and, as such, must develop strategies to involve appropriate support systems, include informal caregivers in educational programs and interventions designed to optimize their health literacy and self-efficacy, as a means to reduce negative consequences on their health.

Keywords: Informal caregiver; Musculoskeletal injuries; Nursing.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Pontos de corte do Índice de Barthel.....	39
Tabela 2: Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov -Lilliefors.....	39
Tabela3: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.....	41
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada.....	42
Tabela 5: Estatísticas relativas à intensidade da dor nos vários segmentos corporais dos cuidadores informais nos últimos 12 meses (n=60).....	43
Tabela 6: Testes de Mann-Whitney para a diferença de médias entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais, da pessoa cuidada e a sintomatologia nos diferentes segmentos corporais nos últimos 12 meses.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ilustração esquemática do Modelo COM.	34
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I	20
1. Enquadramento teórico	21
1.1. <i>Cuidador Informal e seu estatuto</i>	21
1.2. <i>Sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa dependente</i>	23
1.3. <i>Lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais da pessoa dependente</i>	27
1.4. <i>O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: cuidar + os cuidadores informais da pessoa dependente</i>	30
2. Finalidade e objetivos	35
3. Metodologia	36
3.1. <i>Desenho do estudo</i>	36
3.2. <i>População e amostra do estudo</i>	37
3.3. <i>Instrumentos de colheita de dados</i>	37
3.4. <i>Procedimentos Estatísticos</i>	39
3.5. <i>Considerações éticas</i>	40
4. Resultados	41
5. Discussão	46
6. Conclusão	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	61
ANEXO I:	63
ANEXO II:	73

INTRODUÇÃO

Tendo em consideração a “atual situação demográfica tem um grave impacto na coesão social, económica e territorial da União Europeia”, é requerida uma “maior integração dos aspetos demográficos em todas as políticas” dos países da União Europeia, sobretudo porque a “população em idade ativa (pessoas entre os 15 e os 64 anos) deverá diminuir significativamente, passando de 333 milhões em 2016 para 292 milhões em 2070; que, em 2100, as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos deverão representar 14,6 % da população” (Parlamento Europeu, 2021). A proporção de idosos com múltiplas doenças crónicas aumentou globalmente, tanto na população adulta como na população idosa, nos últimos anos (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2020; Parlamento Europeu, 2021). As múltiplas doenças crónicas podem ser definidas como a coocorrência de duas ou mais doenças crónicas que requerem cuidados de saúde contínuos ou monitorização e que persistem durante um ano ou mais. Os adultos mais velhos são particularmente afetados pelas mesmas devido à vulnerabilidade e fragilidade associadas ao envelhecimento, o que pode exacerbar a complexidade da sua situação de saúde, resultando em diferentes níveis de dependência para as atividades básicas da vida diária que requerem uma combinação de ações de autocuidado prestadas por cuidadores informais e cuidados profissionais no domicílio (OMS, 2020).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023, p. 2),

“em 31 de dezembro de 2022, a população residente em Portugal foi estimada em 10.467.366 pessoas, um aumento de 46.249 em relação a 2021, marcando o quarto ano consecutivo de crescimento. O aumento populacional em 2022 foi impulsionado por um saldo migratório positivo de 86.889 pessoas (em comparação com 72.040 em 2021), compensando o saldo natural negativo de -40.640 (-45.220 em 2021). Esses resultados conduziram a taxas de crescimento efetivo, migratório e natural de 0,44%, 0,83% e -0,39%, respetivamente. No ano de 2022, o número médio de filhos por mulher em idade fértil subiu para 1,43 filhos (em comparação com 1,35 em 2021), devido ao aumento da natalidade”.

O envelhecimento demográfico, em Portugal, continuou a acentuar-se. No mesmo ano em análise, “o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 anos ou mais (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (em comparação com 181,3 em 2021)” (INE, 2023, p. 2).

O envelhecimento da população é um dos maiores sucessos mundiais, um motivo para celebrar os avanços da medicina e as conquistas sociais, económicas, políticas e sanitárias de qualquer sociedade. O envelhecimento tem atraído a atenção da comunidade mundial como uma questão demográfica significativa (Ayoubi-Mahani et al., 2023). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número de adultos mais velhos atingirá os dois mil milhões em 2050, com cerca de 80% deles a viver em países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento (Samouei et al., 2021). A promoção do envelhecimento em casa é uma estratégia, mas destaca a importância dos cuidadores informais, responsáveis por 80% dos cuidados domiciliários. Com a crescente procura e redução da disponibilidade desses cuidadores, é vital reconhecê-los e capacitá-los. As soluções devem equilibrar mudanças familiares com cuidado contínuo à pessoa dependente, incluindo a formalização do papel dos cuidadores informais, os seus direitos e deveres (Ribeiro, 2021).

Na maioria dos países, sobretudo na região mediterrânica, a maior parte dos cuidados é prestada por cuidadores informais em contextos familiares e domiciliares, estimando-se que, em média, cerca de 61% dos cuidadores informais nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico são mulheres (Rico-Blázquez et al., 2022). No entanto, as tendências sociais e culturais estão a alterar os padrões tradicionais de prestação de cuidados. A maior participação das mulheres nas esferas económica e social, a sua crescente incorporação no mercado de trabalho e a transformação da estrutura familiar estão a gerar um conflito entre as exigências da economia, a transformação social e o aumento da necessidade e da complexidade dos cuidados informais (Cantillo Monjo et al., 2018).

Os cuidadores informais são definidos como pessoas que promovem algum tipo de assistência contínua e não remunerada a pessoas com dependência na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD) ou com doença crónica (Birtha & Holm, 2017). Por norma, os cuidadores informais são membros da família que, na maioria das vezes, não possuem formação técnica para cuidar de alguém dependente e não são remunerados pelos cuidados que prestam. Face a tal, situações de sobrecarga associada à prestação de cuidados podem surgir, pelos esforços físicos, psicológicos e sociais que daí resultam, havendo uma maior intensificação associada à falta de preparação (Rosas-Santiago, et al., 2017).

Entre as suas tarefas como prestadores de cuidados a pessoas dependentes com capacidades funcionais limitadas estão as mudanças de decúbito, as transferências, o banho e a troca de fraldas (Smith et al., 2020; Llamas-Ramos et al., 2023). Com o aumento do tempo despendido, os cuidadores informais têm relatado um aumento de distúrbios musculoesqueléticos, bem como níveis elevados de dor (Smith et al., 2020). Os problemas musculoesqueléticos constituem um importante problema de saúde nos países desenvolvidos, devido à sua

elevada prevalência, sendo definidas como doenças inflamatórias e degenerativas que afetam os músculos, os tendões, os ligamentos, as articulações, os discos intervertebrais, a cartilagem, os ossos e os nervos periféricos (Treede et al., 2019).

Perante esta problemática, a necessidade de se refletir em ações de prevenção destas patologias é uma condição imperativa. Neste sentido, Llamas-Ramos et al. (2023) realizaram um estudo, como resposta à prevenção de lesões musculoesqueléticas, no qual foi aplicado um programa de exercício físico direcionado a mulheres cuidadoras informais de pessoa dependente. Partindo desta problemática e tendo em conta a experiência profissional, surge este trabalho de investigação, sendo nossa pretensão avaliar as lesões musculoesqueléticas de cuidadores informais de utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de três cidades do norte de Portugal.

PARTE I

1. Enquadramento teórico

A revisão da literatura desempenha um papel fundamental no enquadramento de uma investigação sobre o impacto do Estatuto do Cuidador Informal (ECI) na sobrecarga do cuidador informal. Ao mergulhar na literatura existente, procura-se compreender melhor o panorama atual das políticas e práticas relacionadas com a aplicabilidade do ECI aos cuidadores informais, avaliar a eficácia das medidas já implementadas e identificar lacunas, determinando assim, se tem influência na sobrecarga dos cuidadores informais.

1.1. *Cuidador Informal e seu estatuto*

O desenrolar dos acontecimentos que explica a configuração da experiência de mobilização em torno dos cuidados informais proporciona uma interpretação sobre o percurso, as tensões e as características de um processo de subjetivação coletiva. Por cuidados informais, referimo-nos à assistência prestada por familiares e amigos (incluindo vizinhos), em tempo integral ou parcial, sem remuneração ou compensação financeira, abrangendo atividades de auxílio na alimentação, higiene pessoal, tarefas básicas de saúde e manutenção diária, assim como o apoio emocional. O termo subjetivação coletiva é utilizado para destacar a natureza processual da formação de um movimento de autorrepresentação pública dos cuidadores informais como atores coletivos, no período entre 2016 e 2019. Este processo culminou na criação da Associação Nacional de Cuidadores Informais e envolveu uma extensa rede de alianças (Araújo & Soeiro, 2020).

A afirmação e espaço conquistados pelo movimento dos cuidadores informais não podem ser compreendidos sem considerar a “estrutura de oportunidades políticas” em que se desenvolveu, compreendendo o ambiente político externo, a relação com agentes institucionais, a posição estratégica dos aliados conquistados e a conjuntura política. O apoio aparentemente consensual às reivindicações do movimento parece ter sido influenciado pela predisposição “familiarista” da sociedade portuguesa e pelo apoio da Presidência da República (Araújo & Soeiro, 2020).

Como referido anteriormente, o Estatuto do Cuidador Informal é aprovado como parte da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo medidas de apoio. Projetos-piloto foram desenvolvidos com base nas condições do Estatuto, regulamentados pela Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, e a

regulamentação adicional está contida na Portaria n.º 2/2020, de 10 de janeiro. A Lei n.º 2/2020, de 31 de março, que aprova o Orçamento para 2020, estabelece que durante os 12 meses dos projetos-piloto, o governo deve publicar relatórios trimestrais sobre a sua concretização.

O cuidador informal em Portugal é regido pelo Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em setembro de 2019, que visa regular os direitos e deveres dos cuidadores e das pessoas cuidadas, estabelecendo medidas de apoio para promover a "manutenção das pessoas cuidadas no domicílio" (Lei nº 100/2019, de 6 de setembro). Os termos de implementação do projeto-piloto foram regulamentados em 2020 (Portaria nº 64/2020, de 10 de março), e em 2022 foram definidos os termos do reconhecimento do estatuto de cuidador informal, juntamente com medidas de apoio aos cuidadores e às pessoas cuidadas (Portaria nº 64/2020, de 10 de março).

O Estatuto do Cuidador Informal, centrando-se em três eixos principais - informação, formação e trabalho - apresenta direitos, deveres e medidas de apoio formativas, visando a manutenção da pessoa cuidada e destacando a importância do desenvolvimento de "capacidades e competências" para garantir "boas práticas" de cuidado no domicílio. Os cuidadores têm o dever de participar em ações de capacitação e formação para desenvolver a capacidade funcional máxima e autonomia das pessoas cuidadas. A formação e informação dos cuidadores são sobretudo responsabilidade dos serviços de saúde, ocasionalmente em colaboração com os serviços da segurança social. Profissionais de diversas áreas são considerados "complementares" e devem ser acionados "sempre que se justifique" (Moura et al., 2023).

Além das medidas tradicionais, o Estatuto prevê "Grupos de autoajuda" dinamizados por profissionais de saúde para proporcionar apoio emocional, intercomunicação e minimização do isolamento. No entanto, o documento revela uma abordagem predominantemente vertical e biomédica na formação dos cuidadores, com intenções de minimizar a direção unidirecional das medidas. Desta forma, Moura et al. (2023) referem que aprimorar o cuidado informal, sugere-se uma abordagem de Educação para a Saúde de empoderamento, focando em estratégias participativas e evitando a sobrecarga do setor de saúde. A qualidade de vida dos cuidadores pode ser melhorada com estratégias específicas, como promoção da saúde mental e higiene do sono, resultando em potenciais economias nos sistemas de saúde e sociais. Num contexto mais amplo, o cuidado informal beneficiaria de discursos e medidas que promovam a cidadania e a visibilidade dos cuidadores, baseados na escuta ativa e no reconhecimento de suas necessidades e direitos. Estratégias participativas, como formação

por pares e redes de serviços de proximidade, são sugeridas para potenciar o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores informais.

Uma medida essencial de apoio ao cuidador informal, visando a redução da sua sobrecarga física e emocional, é garantir-lhe um período de descanso, conforme avaliação realizada num Plano de Intervenção Específico. Desta forma, são implementadas ações para mitigar o *burnout* e promover a saúde física e mental. Durante este intervalo, proporciona-se que a pessoa assistida seja acolhida num local que ofereça os cuidados de saúde e apoio social adequados às suas necessidades. Além disso, é assegurado o acesso à prestação de cuidados no domicílio, através do Serviço de Apoio Domiciliário (Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro).

Prestar cuidados informais não remunerados a uma pessoa doente/dependente ou com incapacidade é uma experiência comum em todas as sociedades. Embora seja um papel de apoio potencialmente gratificante, a prestação de cuidados informais pode tornar-se uma atividade exigente em termos de tempo e de emoções, o que pode prejudicar a qualidade de vida dos cuidadores informais. A redução da prestação de cuidados formais tem contribuído para o aumento das taxas de prestação de cuidados informais nas últimas décadas, incluindo em certos países tradicionalmente considerados como tendo um modelo universal de cuidados aos idosos (Socialstyrelsen 2014; Verbakel et al., 2017).

1.2. *Sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa dependente*

Nas últimas décadas, o rácio de dependência ajustado à saúde tem revelado uma maior associação com o crescimento das despesas de saúde do que o rácio de dependência dos idosos. Para diminuir a pressão sobre os sistemas de cuidados formais, surgiram políticas em vários países europeus para incentivar os idosos a viverem mais tempo nas suas próprias casas e a receberem cuidados de saúde no domicílio (European Commission, 2023). Os membros da família são a principal fonte de apoio para as pessoas com doenças crónicas e dependência. Assim, um cuidador informal é a pessoa que disponibiliza mais tempo para acompanhar e satisfazer as necessidades das pessoas que dependem de outros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária (European Commission, 2023). Este papel é frequentemente desempenhado por um familiar próximo (cônjuges, filhos) que, na maioria dos casos, não é remunerado (Carboni-Jimenez et al., 2022).

A população mundial está a envelhecer, o que resulta no aumento da procura de cuidados e dos custos dos cuidados de saúde, o que, por sua vez, leva a uma mudança dos cuidados formais para os informais, resultando também no aumento de maior sobrecarga por parte dos cuidadores informais (Lindt et al., 2020). O processo de envelhecimento acarreta um aumento do grau de dependência da pessoa idosa, exigindo cuidados que trazem mudanças familiares (Ferreira et al., 2022). As intervenções para aliviar a sobrecarga dessa população têm de ser adaptadas à trajetória de doenças específicas da pessoa dependente e às necessidades correspondentes de apoio social, quer para o beneficiário dos cuidados/pessoa dependente, quer para o cuidador informal (Lindt et al., 2020; Schulz, et al., 2020). Uma pessoa dependente consiste naquela que possui “capacidade limitada ou incapacidade de iniciar e realizar um conjunto de atividades necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, sem a ajuda de outra pessoa (Moreira, 2023, p. 48). Refere-se às ações básicas nas atividades de vida diária (AVD), nomeadamente: comer, tomar banho, cuidar da higiene pessoal, a capacidade de se posicionar, andar, transferir-se ou mesmo usar a casa de banho (*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE, 2019). Todavia, a pessoa dependente tem estas atividades comprometidas, necessitando de cuidados permanentes, o que, em muitos casos, resulta em sobrecarga. A grande maioria das pessoas que necessitam de cuidados domiciliares são idosos com “dependência nas atividades de vida diária, grande fragilidade e complexos cuidados de saúde” (Sim-Sim, 2022, p. 25). A mesma autora, no seu estudo, com cuidadores informais portugueses de pessoa dependente, sendo todas mulheres, com idade entre os 42 e os 73 anos, prevalecia a “incapacidade funcional grave” e a “incapacidade funcional moderada” (Sim-Sim, 2022, p. 43).

A perda de independência na realização das AVD que o envelhecimento acarreta leva o cuidador informal a alterar rotinas, estilos de vida e a dinâmica familiar, com consequências negativas para a sua saúde física e mental. O carácter ininterrupto que o papel de cuidador informal obriga na maioria das situações, com uma média de 15 horas de prestação diária de cuidados, constitui por si só um fator de sobrecarga e cansaço (Afonso et al., 2019).

Para fazer face ao aumento da procura de cuidados e dos custos dos cuidados de saúde, os governos ocidentais passaram a privilegiar os cuidados informais. Para que tal seja possível, as pessoas dependentes no domicílio passam a contar com a sua rede direta de familiares e amigos para assegurar os cuidados informais (Lindt et al., 2020). Dada a tendência para o envelhecimento da sociedade e as reformas políticas, a necessidade de cuidados informais aumentará nos próximos anos. (Lindt et al., 2020). Cuidar de alguém dependente pode aumentar as avaliações da saúde autoavaliada, porque as pessoas podem comparar o seu

próprio estado de saúde com o estado de saúde precário da pessoa que recebe os cuidados, embora a saúde objetiva da pessoa que cuida possa ser inferior (Jütten et al., 2020). Ser um cuidador informal durante um longo período não equivale a estar isento de constrangimentos, uma vez que este papel é reconhecido como uma das principais causas de stresse. De facto, estas pessoas têm de lidar com a deterioração da saúde da pessoa que recebe os seus cuidados, o que, por sua vez, põe em risco a sua própria saúde, tornando-as mais vulneráveis, ou seja, com maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e outros indicadores de sofrimento psicológico (Jütten et al., 2020). Vários fatores aumentam a sua sobrecarga, incluindo níveis elevados de incapacidade e morbidades, o número de horas de prestação de cuidados, a elevada variabilidade das tarefas de prestação de cuidados, o contexto de prestação de cuidados, as características sociodemográficas e de saúde da pessoa recetora dos cuidados informais (Schulz, et al., 2020).

A sobrecarga ameaça tanto a sua saúde física como a saúde psicológica. Foi demonstrado que os cuidadores informais sobrecarregados utilizam mais serviços de saúde e medicamentos prescritos do que os não cuidadores informais, o que indica um declínio da saúde física (Ge & Mordiffi, 2017). Além disso, os cuidadores informais stressados relatam mais sentimentos de depressão, perceção de falta de mecanismos de resposta e preocupações com a sua fraca qualidade de vida. Se esta sobrecarga for combinada com a diminuição do número de potenciais cuidadores informais, torna-se evidente que a sua sobrecarga tem de ser aliviada para fazer face à futura procura crescente de cuidados informais (Ge & Mordiffi, 2017). Ferreira et al. (2022) referem que, em Portugal, os cuidadores informais sofrem de lesões musculoesqueléticas decorrentes da prestação de cuidados à pessoa dependente, o que se deve ao facto de não possuírem formação em termos ergonómicos, bem como à excessividade de trabalho e aos fatores emocionais, sendo esta uma realidade também confirmada por Silva (2022) em cuidadores informais portugueses.

Mais recentemente, Maia Júnior et al. (2022) também avaliaram a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos mais frequentes em cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio e os fatores associados. Participaram 40 cuidadores informais brasileiros, tendo sido aplicado o Questionário Nórdico Musculoesquelético. Os resultados mostram que 97,5% dos cuidadores informais apresentaram sintomas musculoesqueléticos em pelo menos uma parte do corpo nos últimos 12 meses.

A revisão sistemática de Lindt et al. (2020) revela que os fatores de previsão de sobrecarga em cuidadores informais mais importantes foram a duração da prestação de cuidados e o

nível de dependência da pessoa cuidada, tanto em termos de dependência física como mental, decorrente da diminuição da capacidade cognitiva ou de problemas comportamentais. Algumas doenças específicas e os conflitos de papéis também aumentaram a sobrecarga dos cuidadores informais, com diminuição do apoio social. O facto de ser uma mulher conduz a uma maior sobrecarga.

Biliunaite et al. (2022) referem que a experiência de prestação de cuidados informais pode variar muito, dependendo de vários fatores. É sabido que a prestação de cuidados pode conduzir a experiências positivas, como o crescimento pessoal ou sentimentos de proximidade e intimidade com a pessoa que recebe os cuidados. Ao mesmo tempo, os cuidadores informais também têm pior saúde psicológica e física do que os não cuidadores informais. Além disso, correm o risco de solidão e de isolamento social, bem como de dificuldades financeiras. A acumulação destes resultados negativos pode aumentar a sua sobrecarga, uma experiência que é descrita como uma combinação de tensões psicológicas, físicas, sociais e financeiras.

A prestação de apoio efetivo aos cuidadores informais pode ajudar a prevenir resultados negativos e a melhorar a sua qualidade de vida, bem como a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao recetor dos cuidados (Biliunaite et al., 2022). No seu estudo, os mesmos autores verificaram que maioria dos participantes era mulher (87,6%), quase metade (48,7%) não estava a receber qualquer apoio e um total de 73,9% expressou a necessidade de receber mais apoio profissional. Verificou-se que os participantes tinham elevada sobrecarga.

Até há poucos anos, os estudos sobre as condições de saúde dos cuidadores informais centravam-se exclusivamente nas características da pessoa dependente que está a ser cuidada (grau de dependência, capacidade cognitiva). No entanto, nos últimos anos, foi demonstrado que a saúde do cuidador informal é mais influenciada pelas variáveis do próprio cuidador do que por variáveis relacionadas com a pessoa cuidada (capacidade de lidar com a situação, autoestima subjetiva, apoio social percebido) (Montero-Cuadrado et al., 2023).

A literatura reflete as importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais sofridas pelos cuidadores informais da pessoa dependente, com a conseqüente perda de qualidade de vida. Até à data, para melhorar esta situação, foram implementados vários tipos de intervenções, como grupos de apoio emocional e de autoajuda, intervenções de descanso, terapia cognitivo-comportamental, grupos de apoio mútuo, programas de educação para a saúde e intervenções psicológicas (Montero-Cuadrado et al., 2023; Gemito et al., 2024). Cuidar de

uma pessoa dependente pode causar stresse nos cuidadores informais, o que pode estar associado à interação entre a experiência da sobrecarga e a percepção da vulnerabilidade a essa sobrecarga (Cejalvo et al., 2021). As evidências sobre o que determina a sobrecarga dos cuidadores informais indicam uma série de fatores de stresse identificáveis que incluem: a permanência dos cuidados, a dependência (física ou mental), o tipo e a gravidade da doença, a variedade de papéis, as exigências cognitivas e as dificuldades comportamentais que ocorrem entre os cuidadores e a pessoa de quem cuidam (Gemito et al., 2024).

Num estudo de âmbito nacional, Dias et al. (2023) caracterizaram os doentes dependentes e os seus cuidadores informais, determinaram a sobrecarga dos cuidadores informais e se existe uma associação entre a sobrecarga do cuidador informal, o nível de dependência do doente e a patologia depressiva do cuidador. A população do estudo incluiu cuidadores informais de doentes dependentes de uma unidade de cuidados primários e os dados foram recolhidos através de visitas domiciliárias e do SClínico®, tendo sido selecionados 71 cuidadores informais, com média de idade de 53,96 anos, maioritariamente feminina (87,3%). Em todos os casos existia uma relação familiar com o doente. A sintomatologia depressiva do cuidador informal foi registada em 33,8%, revelando sobrecarga grave e ligeira, respetivamente, 39,4% e 28,2%, incluindo a sobrecarga física.

Face ao exposto, pode afirmar-se que o envelhecimento da população está associado a um aumento do número de pessoas dependentes, estimando-se que 15% vivam com uma limitação (Pedro et al., 2023). A prestação de cuidados a uma pessoa dependente implica uma responsabilidade acrescida associada a problemas relacionados com os cuidados, que podem ter um impacto negativo nos cuidadores (Pedro et al., 2023), refletindo-se no desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas.

1.3. Lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais da pessoa dependente

Os trabalhadores na Europa sofrem de muitas doenças profissionais, mas as mais comuns são as lesões musculoesqueléticas, que afetam os ossos, as articulações, os músculos e os tecidos conjuntivos, causando dor e perda de função. Resultam principalmente de trabalhos que envolvem repetição, peso e força, bem como de posturas incómodas e estáticas. As lesões musculoesqueléticas representam um risco em todos os locais de trabalho, mesmo no

domicílio, devido a uma ergonomia deficitária. As lesões musculoesqueléticas têm um perfil específico de gênero e idade (Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, AESST, 2024). De acordo com um estudo da AESST (2024), há uma maior proporção de mulheres do que de homens e uma maior proporção de trabalhadores mais velhos do que de trabalhadores mais novos com doenças profissionais reconhecidas relacionadas com as lesões musculoesqueléticas nos Estados-Membros da União Europeia. Neste pressuposto, são lesões que afetam maioritariamente estruturas do sistema musculoesquelético e, nesse sentido, o movimento do corpo humano, ocorrendo geralmente quando há uma sobrecarga das estruturas músculo-esqueléticas que excede a capacidade de regeneração ou adaptação (Akodu et al., 2017). São definidas como condições inflamatórias e degenerativas que afetam músculos, tendões, ligamentos, articulações, discos intervertebrais, cartilagens, ossos e nervos periféricos, e esta patologia acarreta custos médicos, incapacidade para o trabalho e uma diminuição da qualidade de vida dos doentes que dela sofrem (Montero-Cuadrado et al., 2020), constituindo-se um importante problema de saúde nos países desenvolvidos devido à sua elevada prevalência

Numa outra perspetiva, as lesões musculoesqueléticas consistem em alterações de um tecido pertinente para o desenvolvimento de uma patologia ou de um trauma, podendo originar a perda da função muscular. Caracterizam-se e dividem-se em “totais ou parciais, traumáticas, diretas ou indiretas” (Santana et al., 2020, p. 76). De acordo com os mesmos autores, a lesão parcial diminui a força muscular, contudo, “mantém a capacidade de contração, ao contrário das lesões totais, em que o movimento articular pode não persistir” (Santana et al., 2020, p. 76).

Em relação aos cuidadores informais da pessoa dependente, a maioria deles tem alguma restrição ativa ou passiva de movimento que afeta o seu sistema musculoesquelético. Especificamente, nesta população de mulheres cuidadoras, os distúrbios musculoesqueléticos são muito frequentes na coluna cervical, no pescoço e nos ombros (Chang et al., 2020). Os fatores de risco comuns incluem tarefas físicas, tais como levantar, manusear e transferir a pessoa dependente repetidamente, posturas incómodas persistentes e conhecimento insuficiente da mecânica corporal ou das técnicas de transferência (Mayo-Isicar et al., 2020). A literatura também aponta para outras tarefas como o banho e a troca de fraldas (Smith et al., 2020; Llamas-Ramos et al., 2023), bem como o aumento do tempo despendido na prestação de cuidados (Smith et al., 2020).

Numa outra perspetiva, Figueiredo et al. (2022) avaliaram os sintomas musculoesqueléticos em cuidadores formais e informais de pessoas dependentes, verificando que a região

corporal com mais sintomas musculoesqueléticos foi a coluna vertebral e, quanto maior a dependência dos idosos, maiores foram as possibilidades de estes desenvolverem sintomas musculoesqueléticos. A dor é um fator clínico importante que limita os movimentos e as funções e os cuidadores informais de pessoa dependente podem enfrentar problemas musculoesqueléticos.

Devido à falta de formação e a uma postura incorreta, cuidar de uma pessoa dependente pode resultar em problemas musculoesqueléticos nos cuidadores informais. No seu estudo transversal com 80 cuidadores informais, Kulkarni et al. (2020) constaram uma prevalência de problemas musculoesqueléticos a rondar os 95%. A dor lombar foi a mais comum (53%), seguida de 15% no pescoço, 12% na parte superior das costas, ombro direito (10%), pulso direito (5%) e ausência de dor (5%). Num estudo anterior, Alshammari et al. (2017), com uma amostra de 315 cuidadores informais de idosos dependentes, cuidadores familiares (87,9%), jovens (43,8%), do sexo feminino (52,7%), desempregados (54,6%) e solteiros (58,1%), a maioria sofria de problemas musculoesqueléticos (78,1%). Importa destacar que, neste mesmo estudo, com a aplicação da *Zarit Burden Interview*, ficou perceptível que os cuidadores apresentavam uma de 31,3, o que indica uma sobrecarga moderada. A maioria manifestou a necessidade de cuidados de saúde frequentes. De igual modo, Vincent-Onabajo et al. (2018), no seu estudo transversal de base hospitalar que envolveu 90 díades de cuidadores informais e sobreviventes de AVC, estudaram a prevalência de lesões musculoesqueléticas ao fim de sete dias entre os cuidadores informais os níveis de incapacidade dos sobreviventes de AVC, utilizando o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* e a Escala de Rankin Modificada. A média de idade dos cuidadores informais foi de 33,2 anos (10,7), a maioria era do sexo feminino (61,1%) e filhos (58,9%). A prevalência de sintomas musculoesqueléticos foi de 82,2%. A região lombar foi a mais afetada (72,2%), seguida da região superior das costas (40%), enquanto os sintomas musculoesqueléticos no pulso foram os menos prevalentes (3,3%). Os cuidadores do sexo feminino apresentaram uma prevalência significativamente mais elevada de sintomas musculoesqueléticos. Apenas 5 (5,6%) da amostra tinha recebido formação sobre métodos de prestação de cuidados seguros e apenas 21 (28,4%) com problemas musculoesqueléticos tinham recebido tratamento.

Atendendo a esta questão e ao mandato social dos enfermeiros, e em concreto dos EEER, torna-se premente o seu papel, no que concerne à capacitação dos cuidadores informais na prestação de cuidados à pessoa dependente e na promoção da sua própria saúde, bem como na proposta de estratégias de prevenção de dor musculoesquelética (Abba et al., 2022).

Face a estas evidências, Llamas-Ramos et al. (2023) realizaram um estudo no qual foi aplicado um programa de exercício físico para prevenir tais lesões musculoesqueléticas em mulheres cuidadoras informais de pessoa dependente, mostrando que exercício físico foi eficaz na redução da intensidade da dor, da incapacidade lombar e da incapacidade cervical dos cuidadores informais.

Ser cuidador informal exige um esforço significativo durante um período prolongado. Os cuidados podem incluir a prestação de assistência total ou parcial na realização de tarefas diárias comuns, como a transferência da cama para a cadeira de rodas, a alimentação, a higiene e a ida à casa de banho, entre outras (Tosun & Temel, 2017). A prestação de cuidados durante um longo período pode incluir perturbações musculoesqueléticas, como a dor lombar, sendo as mulheres mais suscetíveis de serem afetadas do que os homens (Hartford et al., 2019).

1.4. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: cuidar + os cuidadores informais da pessoa dependente

A atuação do EEER, junto dos cuidadores informais de pessoa dependente, deve ser marcada numa primeira instância antes que as lesões musculoesqueléticas ocorram, como prevenção primária. Porém, após a ocorrência das mesmas, deverá haver uma prevenção secundária, para diminuir os fatores de risco que poderão potenciar mais lesões. Silva (2020, p. 29) refere que se “a pessoa apresenta capacidade e potencial para otimizar o seu autocuidado, a ação do EEER deve incidir em ensinar, instruir e treinar continuamente a pessoa, para aumentar a sua autonomia”.

De acordo com a OE, no seu Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio de 2019 (p. 13565)

“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”.

O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, cujo “nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação

maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio de 2019, p. 13565). As suas competências específicas são:

- “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio de 2019, Artigo 4.º, p. 13566).

Como referem Matos e Araújo (2021, p. 56),

“Prestar cuidados à pessoa com dependência pode ser extremamente difícil e desgastante a vários níveis, onde a sobrecarga inerente à movimentação manual do doente, poderá ocasionar má postura e, conseqüentemente, lesões musculoesqueléticas, no cuidador informal. As lesões músculo-esqueléticas, ao serem consideradas um problema de saúde multifatorial, tornam-se uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação, onde os cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio merecem especial atenção”.

Tendo em conta esta realidade, os autores supracitados realizaram um estudo para capacitar os cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio, recorrendo à aplicação das medidas preventivas de lesões musculoesqueléticas, intrínsecas à realização da movimentação manual do doente dependente, no domicílio. Realizaram o diagnóstico de situação com recurso a uma entrevista estruturada e, para observarem a aplicação de medidas preventivas de lesões musculoesqueléticas, aplicaram uma grelha de observação de comportamentos, antes e após a execução de duas formações teórico-práticas sobre procedimentos preventivos de lesões músculo-esqueléticas, em contexto domiciliário, numa amostra de dez cuidadores informais, sendo todos mulheres, com idade média de 53 anos; “80% não possuíam sintomatologia musculoesquelética antes de começar a cuidar; 100% não evitava esforços bruscos, nem a utilização dos músculos das costas e não executava exercícios de alongamento” (Matos & Araujo, 2021, p. 56). Após sessões, registam uma significativa melhoria. Por conseguinte, os mesmos autores realçam a importância da intervenção do EEER para capacitar os cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio, de modo a prevenirem lesões do sistema musculoesquelético (Matos e Araújo, 2021).

Num estudo anterior, Matos (2017), no âmbito das competências especializadas na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação e para promover a transformação de cuidados na prevenção das lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais de pessoa

dependente, no domicílio, através capacitação, recorreu a uma Metodologia de Projeto, com o desenvolvimento de três atividades: “Prática de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade”; “Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio” e “Na Escola Eu Aprendo... Às Lesões Musculoesqueléticas Não me Rendo!”. No que respeita à atividade “Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio”, a autora desenvolveu-a numa UCCI, para divulgar as medidas preventivas de lesões musculoesqueléticas inerentes à prestação de cuidados a doentes dependentes. Assim sendo, incluiu 14 cuidadores informais de pessoas que, conforme a Escala de Barthel, expusessem ligeira dependência nas AVD. A autora promoveu uma mudança significativa de comportamentos por parte dos cuidadores informais, nomeadamente:

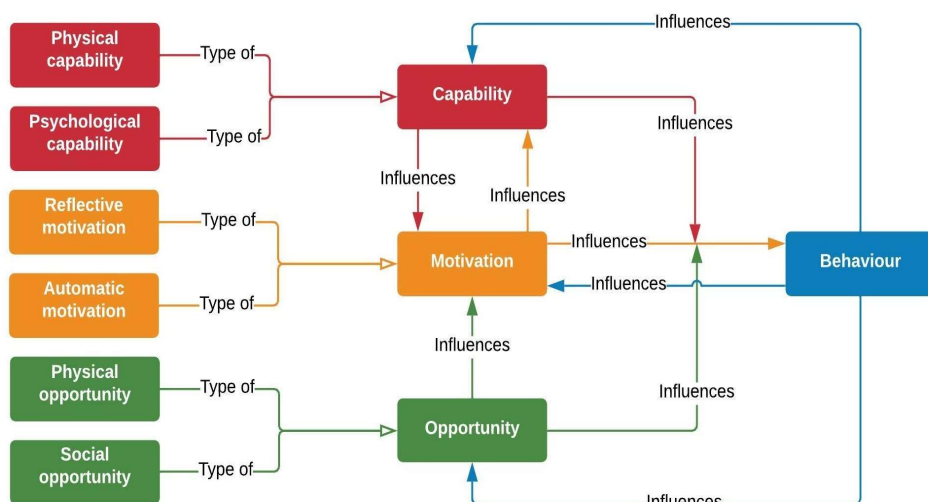
“evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento” (90%); “mantém a coluna vertebral reta (evita a sua flexão e rotação)” (100%); “contraí sempre ligeiramente todos os músculos” (100%); “flete as pernas na execução dos procedimentos” (100%); “posiciona os pés à largura dos ombros (assume uma ampla base de sustentação)” (90%); “movimenta os pés e pernas de acordo com o movimento a executar” (90%); “evita a utilização dos músculos das costas no levantamento e utiliza os músculos e movimentos de impulsão das pernas” (80%) (Matos, 2017, p. 106).

Matos (2017, p. 107) concluiu que a maioria dos cuidadores informais considerou esta sessão informativa como “muito importante”, com metade da amostra a relatar que os conteúdos ministrados tiveram “máxima aplicação prática” e, mais de metade avaliaram a formação como “extremamente satisfatória”.

Apesar do apresentado, os estudos corroboram a necessidade de mais investigação para se poder intervir na saúde física mais precária (Pinquart & Sorenson, 2003; Vitaliano et al., 2003) e adotar comportamentos de saúde potenciadores de qualidade de vida (Burton et al., 2003).

Neste âmbito, refere-se que as teorias são uma forma sistemática de compreender os fenómenos, como, por exemplo, os comportamentos de e em saúde, onde se estabelece um conjunto de conceitos e variáveis, nomeadamente, determinantes de comportamentos como a motivação, a autoeficácia e as influências sociais, bem como estão subjacentes as preposições sobre as relações entre estas variáveis (West & Michie, 2021). Devido à multiplicidade de teorias comportamentais existentes com aplicação para a mudança de comportamentos em saúde e a necessidade de um modelo simplificado para apoiar a conceção das intervenções de mudança comportamental, Michie et al. (2011)

desenvolveram o modelo COM-B - Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour, que contempla no centro um “sistema de comportamento” que envolve três condições essenciais: capacidade, oportunidade e motivação, o que os autores designaram de “sistema COM-B”. Este constitui o núcleo de uma “roda da mudança de comportamento” (BCW) que é o resultado das capacidades, das oportunidades e da motivação da pessoa para seguir uma determinada ação. A capacidade assume-se como um atributo que reflete as habilidades psicológicas e físicas das pessoas para executarem um comportamento, compreendendo os conhecimentos e as habilidades; a motivação é um agregado de processos mentais que energizam e direcionam o comportamento, inclui a motivação automática e reflexiva, como os objetivos, planos e crenças da pessoa e as suas emoções, hábitos ou impulsos; a oportunidade equivale a um atributo de um sistema ambiental, correspondendo aos fatores externos que podem facilitar ou dificultar a adoção de um comportamento específico por uma pessoa, como os ambientes físico e social (Michie et al., 2011). O modelo COM-B representa a constatação de que, num dado momento, um determinado comportamento só ocorrerá quando a pessoa em causa tiver a capacidade e a oportunidade de adotar esse comportamento e se encontrar mais motivada para o adotar do que qualquer outro comportamento (West & Michie, 2021). A Figura 1 ilustra o modelo, incluindo as definições das entidades envolvidas e a especificação das relações entre elas, onde tem lugar o EEER.



<p>Capability is an attribute of a person that together with opportunity makes a behaviour possible or facilitates it.</p> <p>Opportunity is an attribute of an environmental system that together with capability makes a behaviour possible or facilitates it.</p> <p>Motivation is an aggregate of mental processes that energise and direct behaviour</p> <p>Behaviour is individual human activity that involves co-ordinated contraction of striated muscles controlled by the brain.</p> <p>Physical capability is capability that involves a person's physique, and musculoskeletal functioning (e.g. balance and dexterity).</p>	<p>Psychological capability is capability that involves a person's mental functioning (e.g. understanding and memory).</p> <p>Reflective motivation is motivation that involves conscious thought processes (e.g. plans and evaluations).</p> <p>Automatic motivation is motivation that involves habitual, instinctive, drive-related, and affective processes (e.g. desires and habits).</p> <p>Physical opportunity is opportunity that involves inanimate parts of the environmental system and time (e.g. financial and material resources).</p> <p>Social opportunity is opportunity that involves other people and organisations (e.g. culture and social norms).</p>
---	--

Figura 1: Ilustração esquemática do Modelo COM-B
West e Michie (2020, p. 2)

Importa também salientar que o Modelo de Promoção da Saúde (Health Promotion Model - HPM, Pender, 1996) foi desenvolvido na década de 1980 do século XX, e integra o grupo dos modelos e teorias de enfermagem que podem ser aplicados no estudo dos diversos domínios dos comportamentos para desenvolver cuidados de enfermagem promotores de saúde, no caso concreto nos cuidadores informais por parte do EEER. A literacia em saúde é uma estratégia que deve ser sempre considerada quando os enfermeiros procuram promover a saúde, pois permite que as pessoas assumam a responsabilidade e o controlo sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da sua saúde (Pender et al., 2011).

2. Finalidade e objetivos

Um dos aspetos mais importantes de um trabalho de investigação é a formulação correta dos objetivos, uma vez que as suas finalidades e objetivos estabelecerão o âmbito, a profundidade e a direção que a investigação acabará por tomar. Um conjunto eficaz de objetivos e finalidades dará à investigação uma orientação e clareza para o leitor, ou seja, indicam o que se deseja alcançar (Vilelas, 2020).

Face ao exposto e tendo em conta a experiência profissional, o objetivo geral deste estudo consiste em: avaliar a prevalência de lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais de utentes internados numa ECCI de três cidades do norte de Portugal, com capacidade para prestação de cuidados a 67 utentes, contudo o estudo foi realizado com uma amostra de 60 cuidadores informais. Como objetivo específico, pretende-se identificar quais as variáveis sociodemográficas (cuidador e pessoa dependente) associadas a maior prevalência de lesões musculoesqueléticas no cuidador informal.

Face aos resultados que poderão ser encontrados, tem-se como finalidade promover intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção da saúde e prevenção de complicações associadas ao processo de cuidar.

3. Metodologia

Na sua essência, a metodologia de investigação refere-se a uma abordagem sistemática utilizada para efetuar investigações, obter novos conhecimentos e responder a questões de investigação específicas. A investigação é realizada em vários domínios, como a área da saúde, dando origem a vários tipos de estudos que diferem em termos de metodologia e de instrumentos utilizados (Vilelas, 2020). Assim sendo, neste capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico. Inicia-se com o desenho do estudo, com a descrição do tipo de investigação, as variáveis em estudo, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e formais e o respetivo tratamento estatístico.

3.1. *Desenho do estudo*

Para dar resposta aos objetivos delineados, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência de cuidadores informais de utentes internados na ECCI de três cidades do norte de Portugal. A investigação quantitativa descritiva, segundo Vilelas (2020), refere-se a um método de pesquisa que se concentra na colheita e análise de dados quantitativos para descrever e compreender um fenómeno. Este tipo de investigação envolve a mensuração de variáveis específicas dentro de um contexto específico, com o objetivo de produzir descrições precisas e conclusões baseadas em evidências numéricas. Geralmente, este tipo de investigação é utilizado para responder a perguntas sobre as características, distribuições ou relações de variáveis numa determinada população ou amostra. Deste modo, pretende-se explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo e descrever essas relações, bem como determinar a natureza da força e da direção das relações através do estudo correlacional (Vilelas, 2020).

A investigação quantitativa desempenha um papel vital na recolha de dados estruturados e normalizados, permitindo um processamento e análise simplificados através de métodos estatísticos. Ao utilizar ferramentas, como os questionários, os investigadores podem recolher eficazmente informações de um grande número de inquiridos. Esta metodologia oferece inúmeras vantagens em cenários da vida real (Vilelas, 2020; Coutinho, 2021). Este tipo de estudos fornece dados numéricos precisos que permitem comparações objetivas e análises de tendências (Vilelas, 2020; Coutinho, 2021).

3.2. População e amostra do estudo

A população eram todos os cuidadores informais de utentes internados na ECCI das três cidades do norte de Portugal, onde decorreu o estudo, com um amostra constituída por 60 participantes que consentiram participar no estudo, cuja elegibilidade teve como base os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador informal de utentes internados na ECCI das três cidades do norte de Portugal e que não apresentassem perturbações de natureza psíquica impeditivos de responderem com autonomia e autodeterminação.

3.3. Instrumentos de colheita de dados

Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário, cuja aplicação do mesmo iniciou com a apresentação da investigadora e do estudo, assinatura do consentimento informado escrito por parte dos participantes. O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário *ad hoc* de caracterização sociodemográfica quer do cuidador informal, quer da pessoa dependente e o Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010), de acordo com as *Guidelines European Research group on Health Outcomes* (ERGHO) e a Escala Modificada de Barthel, versão de Sequeira (2010) (Anexo I). Passa-se, assim, a descrever cada uma das suas partes.

Caracterização sociodemográfica do cuidador informal: sexo, idade, grau de parentesco/relação com a pessoa dependente; habilitações literárias; situação profissional; ter ajuda para cuidar do seu familiar; coabitar com a pessoa cuidada; já cuidava anteriormente do seu familiar; em média, quantas horas por dia.

Caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada: sexo; idade; tempo de dependência de outras pessoas para se cuidar; motivo da dependência; toma alguma medicação; alterações visuais; causas das alterações visuais; alterações auditivas; causas das alterações auditivas; utilização de meios para se deslocar; episódio de queda (nos últimos 12 meses).

Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010)

Este questionário de autopreenchimento é considerado um dos principais instrumentos utilizados para analisar sintomas musculoesqueléticos num contexto de saúde ocupacional ou ergonómico, permitindo a identificação de sintomas musculoesqueléticos pelo trabalhador, assim como a necessidade de procura por recursos de saúde e a interferência na realização das atividades laborais. O autor original que por problemas se deve entender dor, desconforto ou dormência (Kuorinka et al., 1987). Assim sendo, no presente estudo utilizou-se, como medida de resposta à dor, desconforto ou dormência, o Questionário Nórdico Musculoesquelético (Kuorinka et al., 1987), na versão traduzida e validada para a população portuguesa, por Mesquita et al (2010), que apresenta boa confiabilidade $K = (0.677 - 1)$ e uma consistência interna *Alpha de Cronbach* de 0.855. Este questionário é constituído por questões de escolha dicotómica (sim ou não) acerca da presença de sintomas nos últimos 12 meses, como dor, desconforto ou dormência em nove segmentos corporais: cervical, ombros, coluna dorsal, cotovelos, coluna lombar, punhos/mãos, ancas/coxas, pernas/joelhos, tornozelos/pés. Para facilitar o entendimento das 9 regiões corporais, o questionário compreende uma figura exemplificativa de todos os segmentos aludidos nas perguntas e a escala da dor.

Escala Modificada de Barthel:

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988), versão de Sequeira (2010).

Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa para a realização de 10 atividades básicas de vida (AVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2010). Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), sendo que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas e a máxima de 100 corresponde à independência total para as mesmas AVD avaliadas. Por conseguinte, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência (tabela 1).

Tabela 1: Pontos de corte do Índice de Barthel

Pontuação	Nível de Dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

Fonte: Sequeira (2010, p. 46)

3.4. Procedimentos Estatísticos

Após a colheita de dados recorreremos ao programa Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 para a criação da base de dados e tratamento estatístico. Utilizou-se a estatística descritiva para determinar as frequências absolutas e relativas, a média e o desvio padrão. As prevalências foram expressas em percentagens. Em relação à análise inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos, nomeadamente: Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis.

Justifica-se esta opção pelo facto de o teste da normalidade *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* (cf. tabela 2), cujos resultados demonstram que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente - lesões musculoesqueléticas -, não se encontram enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p < 0,05$). Visto isto, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas dimensões, o que limitou, de certa forma, a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Tabela 2: Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	
	Estatísticas	<i>p</i>
Dor cervical	0,181	0,000
Dor ombros	0,289	0,000
Dor cotovelos	0,470	0,000
Dor mãos/punhos	0,305	0,000
Dor dorsal	0,357	0,000
Dor lombar	0,185	0,000
Dor ancas/coxas	0,292	0,000
Dor pernas/joelhos	0,222	0,000
Dor tornozelos/pés	0,331	0,000

Em todos utilizou-se o nível de significância $p < 0,05$, com um intervalo de confiança de 95,0%. Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

3.5. Considerações éticas

Seguiram-se as normas de conduta exigíveis a um trabalho de investigação. Foi solicitada autorização à Comissão de Ética do Agrupamento de Centros de Saúde de Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte e à Comissão de Ética da ARS Norte, ambas com parecer favorável (Anexo II). O questionário é isento de qualquer identificação, de autopreenchimento e voluntário. Após parecer das Comissões de Ética, procedeu-se à recolha de dados de forma presencial, em contexto de visitação domiciliária. Os participantes antes de responderem foram informados dos objetivos e da finalidade do estudo e do carácter voluntário da sua participação podendo aceitar ou não participar na investigação e caso pretendam desistir a qualquer momento eram livres de o fazer.

Foram assegurados o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, tendo a equipa de investigação consagrado, como condição *sine qua non*, o dever do sigilo profissional. Por conseguinte, para garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos, não há registo de quaisquer dados de identificação pessoal dos participantes; tendo sido atribuído um código a cada um, sem qualquer contingência de identificação. Os dados foram armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos após a conclusão do estudo e defesa pública da Dissertação.

4. Resultados

Numa amostra de 60 cuidadores informais, a maioria é do sexo feminino (91,7%), com idades compreendidas entre os 51-65 anos, correspondendo-lhe uma média de $56,95 \pm 9,71$ anos. Prevalência de cuidadores informais com o 1.º ciclo do ensino básico (41,7%), com expressividade também dos que possuem o 2.º ciclo do ensino básico (25,0%). Estão em maioria, as cuidadoras informais domésticas (65,0%), com 26,7% ativos profissionalmente. Um pouco de mais de metade dos cuidadores informais (58,3%) cuidam do pai/mãe, com 28,3% a cuidarem do cônjuge. Maioritariamente, os cuidadores informais coabitam com a pessoa cuidada e já lhes tinham prestado cuidados anteriormente (86,7%, respetivamente). Estes prestam cuidados ao seu ente querido dependente, na maior parte dos casos, entre 18-24 horas por dia, não tendo 58,3% ajuda para o desempenho desta função, contrariamente a 41,7% (cf. tabela 3).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	5	8,3
Feminino	55	91,7
Idade		
<35 anos	2	3,3
36-50 anos	12	20,0
51-65 anos	40	66,7
>65 anos	6	10,0
<i>56,95±9,71 anos</i>		
Nível de escolaridade		
Sem escolaridade	1	1,7
Sabe ler e escrever	3	5,0
1º ciclo	25	41,7
2º ciclo	15	25,0
3º ciclo	8	13,3
Secundário	8	13,3
Situação profissional		
Empregado(a)	3	5,0
Desempregado(a)	16	26,7
Doméstica	39	65,0
Reformado(a)	2	3,3
Grau de parentesco com a pessoa dependente cuidada		
Cônjuge	17	28,3
Filho(a)	2	3,3
Irmão(ã)	6	10,0
Pai/mãe	35	58,3
Coabitar com a pessoa cuidada		
Não	8	13,3
Sim	52	86,7
Cuidar anteriormente do familiar dependente		
Não	8	13,3

Sim	52	86,7
Tempo de prestação de cuidados à pessoa dependente		
12-18 horas	2	3,3
18-24 horas	58	96,7
Ajuda para cuidar do seu familiar		
Não	35	58,3
Sim	25	41,7

Entre as 60 pessoas dependentes, 53,3% são do sexo masculino e 46,7% do sexo feminino, com prevalência das que possuem 80 ou mais anos (36,7%) e entre os 66-68 anos (35,0%), com uma média de idade, no total da amostra, de $74,20 \pm 14,54$ anos. Prevaecem as pessoas cuidadas com por patologia do sistema nervoso (46,7%), seguindo-se, com igual representatividade, as que apresentam patologia do sistema esquelético e do sistema muscular (15,0%, respetivamente) e outras causas subjacentes (13,3%), como a cegueira e a acuidade visual. Em grande parte dos casos, as pessoas cuidadas já são dependentes há mais de 5 anos (81,7%), com mais de metade a tomar medicação (88,3%). Constatou-se que 35% das pessoas cuidadas têm alterações visuais e 31,7% auditivas.

Maioritariamente, as pessoas cuidadas encontram-se acamadas (65,0%), com 30,0% a possuírem episódio de queda nos últimos 12 meses, até à data da recolha de dados. Quanto ao nível de dependência, de acordo com o Índice de Barthel, 36,7% são severamente dependentes, 33,3% totalmente dependentes e 26,6% modernamente dependentes, estando em menor representatividade os ligeiramente dependentes e independentes, cada um a representar 2,3% da amostra (cf. tabela 4).

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da pessoa cuidada

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	32	53,3
Feminino	28	46,7
Idade		
36-50 anos	2	3,3
51-65 anos	15	25,0
66-80 anos	21	35,0
>80 anos	22	36,7
<i>74,20±14,54 anos</i>		
Motivo da dependência		
Sistema nervoso	28	46,7
Sistema esquelético	9	15,0
Sistema muscular	9	15,0
Sistema cardiovascular	2	3,3
Sistema respiratório	2	3,3
Sistema urinário	1	1,7
Sistema digestivo	1	1,7
Outro	8	13,3
Tempo de dependência		

1-2 anos	2	3,3
2-4 anos	3	5,0
3-4 anos	1	1,7
4-5 anos	5	8,3
>5 anos	49	81,7
Toma medicação		
Sim	53	88,3
Não	7	11,7
Alterações visuais e auditivas		
Ambas	15	25,0
Auditiva	19	31,7
Nenhuma	5	8,3
Visuais	21	35,0
Meios de deslocação		
Acamado	39	65,0
Cadeira-rodas	13	21,7
Andarilho/Canadianas	5	8,3
Nenhum meio	3	5,0
Quedas nos últimos 12 meses		
Sim	18	30,0
Não	42	70,0
Nível de dependência		
Totalmente dependente	20	33,3
Severamente dependente	22	36,7
Moderadamente dependente	16	26,6
Ligeiramente dependente	2	3,3

Relativamente à sintomatologia musculoesquelética (dor) nos vários segmentos corporais dos cuidadores informais, nos últimos 12 meses, pelos valores médios, constata-se que é mais elevada a dor lombar ($M=5,75\pm 3,06$), seguindo-se a dor na cervical ($M=4,23\pm 3,08$), dor nas pernas/joelhos ($M=4,00\pm 3,04$), dor nos ombros ($M=3,57\pm 3,60$) e dor nas ancas/coxas ($M=3,28\pm 3,27$). O cotovelo é onde os cuidadores informais sentem menos intensidade da dor (tabela 5).

Tabela 5: Estatísticas relativas à intensidade da dor nos vários segmentos corporais dos cuidadores informais nos últimos 12 meses (n=60)

Segmentos corporais	Min.	Max.	Média	dp
Dor cervical	0	10	4,23	3,08
Dor ombros	0	10	3,57	3,60
Dor cotovelos	0	10	1,40	2,88
Dor punhos/mãos	0	10	2,92	3,16
Dor dorsal	0	9	2,57	3,18
Dor lombar	0	10	5,75	3,06
Dor ancas/coxas	0	10	3,28	3,27
Dor pernas/joelhos	0	8	4,00	3,04
Dor tornozelos/pés	0	10	2,48	2,98

De seguida apresentam-se os resultados obtidos do estudo da associação entre variáveis sociodemográficas do cuidador e dos cuidadores informais. Por conseguinte constatou-se que os cuidadores informais que cuidam de pessoa dependente do sexo masculino manifestam maior intensidade de dor em quase todos os segmentos corporais, com exceção das mãos/punhos e das ancas/coxas, onde pontuaram mais as cuidadoras de pessoa dependente do sexo feminino (OM=31,20), mas sem relevância estatisticamente significativa entre os sexos ($p>0,05$). Os cuidadores informais do sexo feminino apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os segmentos corporais, com destaque na dor nos ombros, nas pernas/joelhos, dor lombar e dor nos cotovelos, mas sem existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$).

Aferiu-se que os cuidadores informais, cuja pessoa dependente teve episódio de queda nos últimos 12 meses, manifestam mais sintomatologia musculoesquelética nos cotovelos, mãos/punhos, coluna dorsal e tornozelos/pés, e os que a pessoa cuidada não teve episódio de queda no mesmo espaço temporal nos restantes segmentos corporais, particularmente dor lombar e dor nos ombros, sem diferenças estatísticas ($p>0,05$).

Os cuidadores informais de pessoa ligeiramente dependente pontuaram mais em quase todos os segmentos corporais, excetuando na dor nas mãos/punhos, dor ancas/coxas e tornozelos/pés, onde são os cuidadores informais de pessoa totalmente dependente que manifestam uma sintomatologia mais acentuada, mas sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos ($p>0,05$).

Os cuidadores informais com mais sintomatologias musculoesqueléticas foram os que não têm ajuda para cuidar do seu familiar, excetuando na dor nas mãos/punhos e dor nas ancas/coxas, onde as queixas são mais elevadas para os cuidadores que dispõem de ajuda.

Tabela 6: Testes de Mann-Whitney para a diferença de médias entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais e da pessoa cuidada e a sintomatologia nos diferentes segmentos corporais nos últimos 12 meses

Zonas com dor Variáveis	Dor cervical	Dor ombros	Dor cotovelos	Dor mãos/punhos	Dor dorsal	Dor lombar	Dor ancas/coxas	Dor pernas/joelhos	Dor tornozelos/pés	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
Sexo da pessoa cuidada										Mann Whitney
Masculino	32,55	33,17	31,47	29,55	31,44	32,59	29,89	31,67	28,22	
Feminino	28,16	27,45	29,39	31,59	29,43	28,11	31,20	29,16	33,11	
(p)	,325	,183	,523	,630	,623	,316	,761	,568	,238	
Sexo do cuidador										Mann Whitney
Masculino	21,30	26,00	24,00	18,60	27,30	18,40	37,30	16,70	21,20	
Feminino	31,34	30,91	31,09	31,58	30,79	31,60	29,88	31,75	31,35	
(p)	,212	,527	,227	,090	,636	,102	,339	,058	,175	
Episódio de quedas nos últimos 12 meses										Mann Whitney
Sim	26,78	25,72	31,00	31,36	31,06	23,86	27,64	29,61	32,53	
Não	32,10	32,55	30,29	30,13	30,26	33,35	31,73	30,88	29,63	
(p)	,273	,145	,840	,790	,858	,051	,382	,791	,521	
Nível de dependência da pessoa cuidada										Teste de Kruskal-Wallis
Totalmente dependente	28,63	28,48	33,18	37,40	32,23	29,70	32,38	31,50	33,63	
Severamente dependente	31,68	29,30	28,25	28,75	33,66	29,27	28,02	34,45	31,39	
Moderadamente dependente	29,93	33,32	30,14	26,54	24,00	30,14	34,68	24,46	26,96	
Ligeiramente dependente	40,50	41,50	37,50	24,00	37,00	42,50	26,25	39,75	16,50	
(p)	,905	,782	,596	,152	,267	,719	,442	,163	,544	
Ter ajuda para cuidar o familiar										
Não	32,83	33,10	31,09	30,03	32,96	32,64	28,27	31,16	28,30	Mann Whitney
Sim	27,24	26,86	29,68	31,16	27,06	27,50	33,62	29,58	33,58	
(p)	,215	,151	,669	,792	,153	,256	,218	,723	,208	

OM-Ordenação média

5. Discussão

O aumento do envelhecimento acarreta o aumento de pessoas que vivem com comorbidades, o que se apresentam como desafios críticos para a assistência domiciliar, em todo o mundo. Os sistemas de saúde lutam para fornecer serviços de atendimento domiciliar adequados, oferecendo, muitas vezes, cuidados limitados e restritos a um foco numa única condição, sendo significativas as pessoas com dependência no domicílio com problemas de demência, estando ao cuidado de familiares (Cunningham et al., 2022). A idade da pessoa que recebe os cuidados, noutros estudos, eram maioritariamente de 75 anos ou mais e os fatores que incentivam as pessoas a tornarem-se cuidadores informais eram os laços emocionais, amor ou afeto, o sentido de dever e o sentido pessoal de obrigação (Plöthner et al., 2019; Lindt et al., 2020).

Os resultados encontrados no presente estudo estão em conformidade com os encontrados numa investigação anterior de Alshammari et al. (2017), com uma amostra de 315 cuidadores informais de idosos dependentes, a maioria também era do sexo feminino, desempregados e prestavam cuidados ao pai/mãe, seguindo-se o cônjuge, estando os resultados do presente estudo em conformidade, sendo este um perfil encontrado na maioria dos estudos (Chang et al., 2020; Mayo-Iscar et al., 2020; Smith et al., 2020; Matos & Araujo, 2021; Júnior et al., 2022; Llamas-Ramos et al., 2023) quer a nível nacional, quer internacional. Conceição et al. (2021), no seu estudo, com 52 cuidadores informais de pessoa dependente, também registou que esta função foi mais frequentemente exercida por cuidadores do sexo feminino (90,4%), com idade entre 41 e 50 anos (40,4%), casados (61,3%), com ensino básico incompleto (44,2%), sendo os filhos (42,3%) os principais cuidadores. A maioria dos cuidadores exercia a função há mais de quatro anos (36,5%), dedicando mais de oito horas de assistência diária ao familiar dependente (42,3%) e não recebia apoio de outras pessoas no cuidado (94,2%).

Na amostra de cuidadores informais estudados e quanto à sintomatologia musculoesquelética nos vários segmentos corporais dos cuidadores informais, nos últimos 12 meses, a mais elevada foi registada na dor lombar, seguindo-se a dor na cervical, dor nas pernas/joelhos, dor nos ombros e dor nas ancas/coxas. Esta é uma realidade que está em conformidade com o estudo de Figueiredo et al. (2022) com cuidador informais de pessoa dependente no Brasil, cujas regiões mais afetadas por sintomas musculoesqueléticos foram a coluna vertebral e a coluna cervical. No mesmo estudo, também foram os cuidadores

informais do sexo feminino que apresentam mais sintomatologia musculoesquelética em quase todos os segmentos corporais (Figueiredo et al., 2022), o que foi corroborado no presente estudo, com destaque para o relato de sintomatologia por parte das cuidadoras informais nos ombros, nas pernas/joelhos, dor lombar e dor nos cotovelos, o que também é confirmando por Berihun et al. (2024) onde, para além de serem as cuidadoras informais de pessoa dependente a revelarem mais sintomatologia musculoesquelética, também foram os que cuidam de pessoa com episódio de queda e que não têm ajuda para o desempenho das suas funções aqueles que manifestaram mais sintomatologia musculoesquelética, estando igualmente as evidências do presente estudo em conformidade.

Nos últimos anos, foi demonstrado que a saúde do cuidador informal é mais influenciada pelas variáveis do próprio cuidador do que por variáveis relacionadas com a pessoa cuidada (capacidade de lidar com a situação, autoestima subjetiva, apoio social percebido, etc.) (Montero-Cuadrado et al., 2023). De acordo com Chang et al. (2020), a maioria dos cuidadores informais de pessoa dependente detém alguma restrição ativa ou passiva de movimento que afeta o seu sistema musculoesquelético. Especificamente, os distúrbios musculoesqueléticos são muito frequentes na coluna cervical, no pescoço e nos ombros (Chang et al., 2020). Os fatores de risco comuns compreendem tarefas físicas, tais como levantar, manusear e transferir a pessoa dependente repetidamente, posturas incómodas persistentes e conhecimento insuficiente da mecânica corporal ou das técnicas de transferência (Mayo-Isicar et al., 2020). A literatura também aponta para outras tarefas como o banho e a troca de fraldas (Smith et al., 2020; Llamas-Ramos et al., 2023), bem como o aumento do tempo despendido na prestação de cuidados (Smith et al., 2020). No seu estudo, a nível nacional, Figueiredo et al. (2022) avaliaram os sintomas musculoesqueléticos em cuidadores formais e informais de pessoas dependentes, tendo constatado que a região corporal com mais sintomas musculoesqueléticos foi a coluna vertebral e, quanto maior a dependência da pessoa cuidada, maiores foram as possibilidades de os seus cuidadores informais desenvolverem sintomas musculoesqueléticos, resultados também por nós encontrados.

A dor é um fator clínico importante que limita os movimentos e as funções e os cuidadores informais de pessoa dependente podem enfrentar problemas musculoesqueléticos. Como tal, é importante a intervenção precoce do EEER, para melhor cuidar-se de quem cuida. Na Europa, existem diferentes métodos de trabalho dos enfermeiros, consoante o grau de envolvimento governamental e institucional, os benefícios financeiros e o apoio formal aos cuidadores informais. O EEER também desempenha um importante papel na promoção da

literacia em saúde, pois a baixa literacia em saúde dos cuidadores informais pode influenciar a prestação de cuidados adequados e, conseqüentemente, os resultados em termos de saúde dos beneficiários dos seus cuidados. Emerge, assim, a necessidade de o EEER, através de intervenções junto dos cuidadores informais, aumentar a literacia em saúde para que estes adquiram estilos de vida mais saudáveis.

Os cuidadores informais com literacia em saúde inadequada têm maior probabilidade de experimentar mais lesões musculoesqueléticas (Aldawsare, 2022). Por conseguinte, face aos resultados apurados, salienta-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEER, devem estar atentos ao aumento das lesões musculoesqueléticas dos cuidadores informais, que aumenta com a idade e, como tal, devem desenvolver estratégias para envolver sistemas de apoio apropriados, incluir os cuidadores informais em programas educativos e intervenções destinadas a otimizar a sua literacia em saúde e autoeficácia, como meio para reduzir as consequências negativas na sua saúde. Como sociedade, sempre se dependeu das famílias para dar apoio emocional e ajudar, sobretudo os familiares que perdem a sua independência funcional. Assumir o papel de cuidador informal é exigente e, muitas vezes, requer muitos sacrifícios, muita adaptação, reestruturação da dinâmica familiar, fazendo-se acompanhar por necessidades face aos cuidados a prestar ao seu familiar dependente e face à sua própria saúde (Wolff et al., 2017). A resposta a estas necessidades não satisfeitas está a tornar-se uma das prioridades urgentes de saúde pública, onde o EEER tem um papel importante a desempenhar, mormente no que se refere à prevenção de lesões musculoesqueléticas nos cuidadores informais.

6. Conclusão

As alterações observadas na população portuguesa, principalmente devido à baixa taxa de natalidade e ao aumento da longevidade nas últimas décadas, sugerem a continuação a continuidade do envelhecimento demográfico. Verifica-se uma relação entre o envelhecimento e a dependência, e uma associação significativa entre multimorbilidade, que é frequente entre as pessoas idosas, e o declínio funcional e/ou a dependência. No entanto, muitos cuidadores informais referem não terem apoio necessário em diferentes áreas (emocional, prestação de cuidados, financeiro) para cuidar dos seus familiares. Os Enfermeiros estão na linha da frente dos cuidados às pessoas dependentes e às suas famílias. Neste contexto, o EEER deve fazer parte da equipa multidisciplinar para que se possa reconfigurar/reforçar práticas efetivamente centradas nos cuidadores informais.

O presente estudo permitiu avaliar a prevalência de lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais de utentes internados na ECCI de uma UCC, integrada em três cidades do norte de Portugal, tendo-se constatado que a sintomatologia musculoesquelética nos vários segmentos corporais, nos últimos 12 meses, prevalecte foi a dor lombar, seguindo-se a dor na cervical, dor nas pernas/joelhos, dor nos ombros e dor nas ancas/coxas. Concluiu-se que os cuidadores informais cuja pessoa dependente teve episódio de queda nos últimos 12 meses manifestaram mais sintomatologia musculoesquelética nos cotovelos, mãos/punhos, tórax e tornozelos/pés, e os que a pessoa cuidada não teve episódio de queda no mesmo espaço temporal nos restantes segmentos corporais, particularmente dor lombar e dor nos ombros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência dos cuidados informais no papel de prestador de cuidados de um familiar dependente traduz-se em experiências únicas, que não podem ser mensuradas objetivamente, mas podem ser conhecidas e partilhadas. Por experiência entende-se o facto de existir e viver, reunindo sentimentos e conhecimentos adquiridos pela experiência numa ou várias situações da vida quotidiana. Vivenciar o processo de cuidar de um ente querido dependente implica estar preparado e disposto a assumir esse compromisso. No entanto, é importante que o cuidador esteja munido de informações, ensino e literacia em saúde para zelar também pela sua qualidade de vida.

É necessário estar atento à manutenção da saúde, à prevenção de doenças, lesões musculoesqueléticas que podem surgir em consequência do ato de cuidar um familiar dependente, como ficou expresso no presente estudo. As várias alterações que podem ocorrer na saúde estão, muitas vezes, relacionadas com o desempenho do papel de cuidador e com a experiência de sobrecarga física e psicológica.

Antes de se dar por terminado este estudo, refere-se que a limitação mais evidente foi o facto de se ter uma amostra reduzida de cuidadores informais, o que não permite a extrapolação dos seus resultados a outras amostras semelhantes. Por conseguinte, sugere-se a continuidade e/ou replicação deste estudo com amostras mais dilatadas, para que se obtenha um conhecimento mais efetivo do fenómeno em estudo e se possam reforçar políticas e intervenções. Todavia, considera-se que a sua realização contribuiu para dar maior visibilidade à saúde dos cuidadores informais, por parte dos EEER, que também devem contribuir, num trabalho em equipa, para a compreensão da dinâmica familiar face à pessoa em situação de dependência.

No final deste estudo, os dados obtidos poderão subsidiar a prática de enfermagem de reabilitação, com vista a minimizar as lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais, através da criação de um programas de capacitação de cuidadores, seja em grupo ou individual, com o objetivo de se abordarem as técnicas/procedimentos/práticas que lhes garantam mais saúde. Portanto, a abordagem das lesões musculoesqueléticas no cuidador informal implica programas multidisciplinares, no qual esteja incluído o EEER, com o objetivo de as minimizar e promover a literacia em saúde.

Considera-se ainda que este estudo poderá ter implicações para o ensino de enfermagem, no sentido de, durante a formação em contexto académico, seja pré-graduado, seja pós-

graduado, a inclusão destas temáticas, visando sensibilizar os estudantes, relativamente às complicações associadas à temática em estudo.

Por fim, urge o investimento na realização de investigação sobre esta temática, por forma a dar a conhecer as consequências associadas às lesões musculoesqueléticas nos cuidadores informais. Sabemos que a prática baseada na evidência é atualmente reconhecida como a chave para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados para as pessoas cuidadas. Assim sendo, considera-se que este estudo contribui para a prática baseada em evidências e para dar mais visibilidade ao EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abba M A, Ahmad U A, Maje A U, Haruna A Z, Ibrahim A A. Musculoskeletal Pain and Associated Factors Among Informal Caregivers of Stroke Survivors in Northwestern Nigeria. *Mod Care J.* 2022;19(2):e123216. <https://doi.org/10.5812/modernc-123216>.
- Afonso, R.; Tomás, T.; Brandão, D.; Ribeiro, Ó. Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal). *Análise Psicológica* 2019, 37, 147–160. <https://doi.org/10.14417/ap.1482>.
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, AESST (2024). Musculo-skeletal disorders: lifting the strain. <https://www.socialeurope.eu/musculo-skeletal-disorders-lifting-the-strain>
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2019). Visão geral dos factos e números das lesões músculoesqueléticas: prevalência, custos e demografia na UE. Observatório Europeu dos riscos. <https://osha.europa.eu/pt/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>
- Alshammari, Sulaiman A.; Alzahrani, Abdullah A.; Alabduljabbar, Khaled A.; Aldaghri, Abdulaziz A.; Alhusainy, Yazeed A.; Khan, Mohammed A.; Alshuwaier, Rakan A.; Kariz, Ismail N.. The burden perceived by informal caregivers of the elderly in Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine* 24(3):p 145-150, Sep–Dec 2017. | DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_117_16
- Araújo, M., & Soeiro, J. (2020). *Rompendo uma clandestinidade legal. Génese e evolução do movimento dos cuidadores e das cuidadoras informais em Portugal*. Cidades. Comunidades e Territórios, (40).
- Ayoubi-Mahani S, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M, Farokhzadian J. Active aging needs from the perspectives of older adults and geriatric experts: a qualitative study. *Front Public Health.* 2023 Jun 15;11:1121761. doi: 10.3389/fpubh.2023.1121761.
- Berihun G, Gasheya KA, Abebaw T, Abebe M, Gizeyiatu A, Berhanu L, Dagne M, Desye B, Walle Z, Zewdu L and Wondim MG (2024) Self-reported musculoskeletal disorder symptoms and associated factors among water carrying women in Legambo district, Northeastern Ethiopia: a community-based cross-sectional study design. *Front. Public Health* 12:1409535. doi: 10.3389/fpubh.2024.1409535

- Biliunaite, I., Kazlauskas, .E, & Sanderman, R. (2022). Informal caregiver support needs and burden: a survey in Lithuania. *BMJ Open*; 12:e054607. doi:10.1136/ bmjopen-2021-054607.
- Birtha, M., & Holm, K. (2017). COFACE families Europe - WHO CARES? Study on the challenges and needs of family carers in Europe. http://www.cofaceu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_StudyFamily-Carers.pdf.
- Cantillo Monjo, M., Lleopart Coll, T. y Ezquerra Samper, S. (2018). El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Global*. 17, 2, 515–541. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.297211>.
- Carboni-Jimenez, A.; Rice, D.B.; Levis, B.; Canedo-Ayala, M.; Imran, M.; Chiovitti, M.; Benedetti, A.; Thombs, B.D. Intensity of care and perceived burden among informal caregivers to persons with chronic medical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Disabil. Rehabil.* 2022, 44, 6230–6246.
- Cejalvo E, Martí-Vilar M, Merino-Soto C, Aguirre-Morales MT. Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2021 Dec 7;9(12):1690. doi: 10.3390/healthcare9121690.
- Chang C-H, Ming Y, Chang T-H, et al.. The needs and utilization of long-term care service resources by dementia family caregivers and the affecting factors. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6009. 10.3390/ijerph17166009
- Costa Dias P, Martins Guedes F, Freitas I, Nunes A, Melo Cabrita J. Caregiver Burden among Informal Caregivers of Primary Healthcare Patients. *Gaz Med [Internet]*. 2023 Sep. 8 [cited 2024 Jul. 11];10(3):174-8. Available from: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/520>
- Costa Dias P, Martins Guedes F, Freitas I, Nunes A, Melo Cabrita J. Caregiver Burden among Informal Caregivers of Primary Healthcare Patients. *Gaz Med [Internet]*. 2023 Sep. 8 [cited 2024 Jul. 14];10(3):174-8. Available from: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/520>
- Custódio, J. (2011). *A Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente, Dissertação para Obtenção do Grau de mestre em Psicologia Clínica*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Davis KG, Kotowski SE. Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Hum Factors*. 2015 Aug;57(5):754-92. doi: 10.1177/0018720815581933.

de Klerk, M., de Boer, A., & Plaisier, I. (2021). Determinants of informal care-giving in various social relationships in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1779–1788. <https://doi.org/10.1111/hsc.13286>

Decreto-Regulamentar nº1/2022, de 10 de janeiro. Diário da República, 1.ª série. N. 6. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Delpérée, N. (1992, pág: 137). *Assistência Informal: família e comunidade, As pessoas e a família. Solidariedade entre gerações. Actas da Conferência Europeia. pág: 137.* Funchal.

Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013.

Dombestein H, Norheim A, Husebø AML. Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self-determination theory: an integrative review. *Scand J Caring Sci* 2019; 1–13. <https://doi.org/10.1111/scs.12735>.

EC. (2018). *European Commission (2018), Informal Care in Europe, Exploring Formalisation, Availability and Quality. Luxembourg: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.* Equipa Editora.

Emissor: Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/349-2023-224139049>

European Commission. *Ageing Europe—Statistics on Population Developments*; Eurostat: Luxembourg, 2023.

Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *Journal of Personalized Medicine*, 12(1):61. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>

Ferreira, S. (2000). *“As organizações do terceiro setor na reforma da Segurança Social”*, Atas do IV Congresso Português de Sociologia, APS. Equipa Editorial.

- Figueiredo LC, Gratão ACM, Barbosa GC, Monteiro DQ, Melo BRS, Pelegriani LNC, et al. Musculoskeletal symptoms in formal and informal caregivers of elderly people. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e0210249. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0249>
- Figueiredo, L.C., Gratão, A.C.M., Barbosa, G.C., Monteiro, D.Q., Melo, B.R.S., Pelegriani, L.N.C. et al. (2022). Musculoskeletal symptoms in formal and informal caregivers of elderly people. *Rev Bras Enferm.*;75(2):e0210249. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0249>
- Ge, L., & Mordiffi, S. Z. (2017). Factors Associated With Higher Caregiver Burden Among Family Caregivers of Elderly Cancer Patients: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 40(6), 471–478. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000445>
- Gemito L, Alves E, Moreira J, Marques MF, Caldeira E, Ferreira R, Bico I, Pinho L, Fonseca C, Sousa L, et al. Programmes Addressed to Informal Caregivers' Needs: A Systematic Literature Review. *Geriatrics.* 2024; 9(3):71. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9030071>
- Giraldo-Rodríguez L, Guevara-Jaramillo N, Agudelo-Botero M, Mino-León D, López-Ortega M. Qualitative exploration of the experiences of informal care-givers for dependent older adults in Mexico City. *Ageing and Society.* 2019;39(11):2377-2396. doi:10.1017/S0144686X18000478
- Goodwin, F. (2017). *Documento policopiado.* Eurocarers.
- INE. (2023). *ESTIMATIVAS DE POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL.* Destaque - Informação à comunicação social.
- International Council of Nursing. International Classification for Nursing Practice. Browser. 2017. <http://www.old.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/>
- JN, .. (2024). <https://www.jn.pt/62082100/marcelo-promulgou-novo-estatuto-do-cuidador-informal/>.
- Jütten, L. H., Mark, R. E., & Sitskoorn, M. M. (2020). Predicting self-esteem in informal caregivers of people with dementia: Modifiable and non-modifiable factors. *Ageing & Mental Health*, 24(2), 221–226. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531374>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>

- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06, páginas 3 – 16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>.
- Lindt N, van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2020 Aug 26;20(1):304. doi: 10.1186/s12877-020-01708-3.
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, Lugones-Sánchez C, González-García S, Tamayo-Morales O, Alvarado-Omenat JJ, Pablos-Hernández C, Gómez-Marcos MA, García-Ortiz L, Rodríguez-Sánchez E. Effect of a lifestyle-integrated functional exercise (LiFE) group intervention (sLiFE) to falls prevention in non-institutionalized older adults. Protocol of a randomised clinical trial. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1304982. doi: 10.3389/fpubh.2023.1304982.
- Llamas-Ramos, R., Barrero-Santiago, L., Llamas-Ramos, I., & Montero-Cuadrado, F. (2023). Effects of a Family Caregiver Care Programme in Musculoskeletal Pain and Disability in the Shoulder-Neck Region—A Randomised Clinical Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 20, 376. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010376>
- Lopes, A. (2017). *“Long-Term Care in Portugal: Quasi-Privatization of a Dual System of Care”*. Equipa Editorial.
- Maia Junior, L., Sá, S. P. C., Christovam, B. P., Domingos, A. M., Correia, D. M. da S., & Maia, H. M. S. F. (2021). Osteomuscular disorders in care of elderly household people: Prevalence and its associated factors. *Research, Society and Development*, 10(10), e13101018449. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18449>
- MCCI. (2021). *Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), “Estudo sobre percepção dos portugueses sobre cuidadores informais”*. Equipa Editora.
- Miguéns, J. (2020). *AVIS, Cuidar do Cuidador”-Projeto de intervenção comunitária (Doctoral dissertation)*. PhD Thesis.
- Montero-Cuadrado F, Barrero-Santiago L, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I. Musculoskeletal Pain in Family Caregivers: Does a Therapeutic Physical Program in Primary Care Work? A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 23;20(1):185. doi: 10.3390/ijerph20010185.

- Moreira, M.E.T.S. (2023). “Capacitar para Cuidar” – Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a cuidadores informais de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9309/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20Maria%20Em%C3%ADlia%20Moreira%20%282%29_c.pdf
- Nogueira, A., & Azeredo, Z. (2023). *Necessidades Educativas do Cuidador Informal, Metamorfose New Aging Time Novo Tempo de Envelhecimento*. Gugol Editores e Livreiros, Lda - Seda Publicações.
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*, Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance - OECD indicators*. Paris: Author.
- Organização Mundial de Saúde (2020). Ageing and Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Parlamento Europeu (2021). Relatório - A9-0194/2021. RELATÓRIO sobre um velho continente a envelhecer - possibilidades e desafios relacionados com a política de envelhecimento após 2020. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194_PT.html
- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Pires, C., Duarte, P. C., & Ribeiro, O. (2020). *Custos Associados à Prestação Informal de Cuidados a Pessoas com Demência*. Acta Med Port.
- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
- Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro. Publicação: Diário da República n.º 219/2023, Série I de 2023-11-13, páginas 27 - 51

Portaria n.º 64/2020. Define os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, bem como os territórios a abranger. Diário da República n.º 49/2020, Série I de 2020-03-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2020-177444741>

Presidência da República Portuguesa, S. (2024). *Presidente da República com Cuidadores Informais*.

Ribeiro, A. (2021). *O Perfil Sociodemográfico do Cuidador Informal de Idosos e Nível de Adesão ao Definido na Lei nº100/2019 no Concelho do Porto*. (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa (Portugal)).

Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., & Polentinos-Castro, E. (2022). Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic conditions. A gender-differentiated analysis in a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 69, 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-x>

Rocha, M. (2018). *Temas de Direito e Bioética - Vol. I, Novas questões do Direito da Saúde*. DH-CII - Direitos Humanos - Centro de Investigação Interdisciplinar JusGov - Centro de Investigação em Justiça e Governança (www.jusgov.uminho.pt) Escola de Direito da Universidade do Minho (www.direito.uminho.pt).

Rosas-Santiago, P., Lagunas-Gomez, D., Yáñez-Domínguez, C., Vera-Estrella, R., Zimmermannová, O., Sychrová, H., & Pantoja, O. (2017). *Plant and yeast cornichon possess a conserved acidic motif required for correct targeting of plasma membrane cargos*. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Cell Research*, 1864(10), 1809–1818. doi:10.1016/j.bbamcr.2017.07.004

Saikai GMPN, Nardi SMT, Saikai W, et al. Emotional and Physical Exhaustion of Family Caregivers. *Rev Fun Care Online*.2020. Jan./Dec.; 12:1296-1302. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9684>

Samouei R, Keyvanara M. Explaining the challenges of the Iranian health system in the face of future aging: qualitative study. *Salmand*. (2022) 16:608–23. 10.32598/sija.2022.3270.1

Sampaio, M.E.B. (2022). *O novo estatuto do cuidador informal*.

- Santana, H.M.S., da Silva, B.P., & Sampaio, L.C. (2020). Prevalência e Características de Lesões na Prática de Musculação. *Rev. Mult. Psic.*; Vol. 14, 51, 71-82. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v14i51.2553>
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares, citado por Miguéns, pág 28*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel - edições técnicas, Lda.
- Sim Sim, C.B. (2022). *Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado*. Mestrado em Enfermagem Área de em Enfermagem de Reabilitação. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32646/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Carolina_Barao_Sim_Sim.pdf
- Smith, T., Fletcher, J., & Lister, S. (2020). *Lived experiences of informal caregivers of people with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-ethnography*. *British Journal of Pain*, 15(2), 187–198. doi:10.1177/2049463720925110
- Texeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., . . . Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais – Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Equipa Editorial.
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S.-J. (2019). *Chronic pain as a symptom or a disease*. *PAIN*, 160(1), 19–27. doi:10.1097/j.pain.000000000000138
- Uchôa, M. (2021). *O Estatuto do Cuidador Informal em Portugal e a instrumentalização liberal do trabalho não pago*. Revista espaço Acadêmico.
- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E. L., & Eikemo, T. A. (2017). Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 90–95. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M., & & Moreira, T. (2011). *Cocepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. Revista Mineira de Enfermagem, 15(3), 1-7. .*

Vincent-Onabajo, Grace; Daniel, Helen; Lawan, Aliyu; Ali, Muhammad Usman; Masta, Mamman Ali; et al. *Journal of Caring Sciences; Tabriz Vol. 7, Edic. 2, (Jun 2018): 59-66. DOI:10.15171/jcs.2018.010*

West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B model of behaviour and the PRIME theory of motivation. *Qeios*. <https://doi.org/10.32388/WW04E6>

ANEXOS

ANEXO I:

Instrumento de recolha de dados – ad hoc

Investigadora: Fernanda Lúcia Tavares de Almeida

Orientação: Prof.º João Ventura.

Ano: 2023

Estudo: **Lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais da pessoa dependente**

Caro(a) Senhor(a):

No âmbito da investigação intitulada “**Lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais da pessoa dependente**”, com a equipa de investigação – Fernanda Lúcia Tavares de Almeida, nº 4523 estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, sob a orientação da Prof.ª João Ventura, solicita a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário.

Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a *sua opinião*. Os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que **não deixe de responder a nenhuma questão**.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Caraterização sociodemográfica do cuidador informal

1. Sexo:

✓ Feminino __

✓ Masculino __

Idade: __ anos

2. Grau de parentesco/relação com a pessoa dependente:

✓ Cônjuge __

✓ Filho __

✓ Irmão __

✓ Neto __

✓ Outro familiar ____. Se sim, qual?

3. Habilitações literárias:

Sem escolaridade ____ Sabe assinar ____ Sabe ler e escrever ____

✓ 4ª classe/1º ciclo/ ensino básico ____

✓ Ensino preparatório/2º ciclo do ensino básico __

✓ 9º ano/3º ciclo do ensino básico ____

✓ 12º ano/Ensino secundário __

✓ Curso superior ____

✓ Outra situação ____. Especificar qual _____

4. Situação profissional:

✓ Trabalha por conta própria ____;

✓ Trabalha por conta de outra pessoa ____;

✓ Reformado ____.

✓ Doméstica ____.

✓ Estudante ____.

✓ Outro ____. Especificar qual _____

5. Tem ajuda para cuidar do seu familiar:

✓ Sim __ Não ____

6. Mora com a pessoa cuidada:

✓ Sim __ Não ____

7. Já cuidava anteriormente do seu familiar:

✓ Sim __ Não __. Se sim, em média quantas horas por semana _____

Caraterização sociodemográfica da pessoa dependente

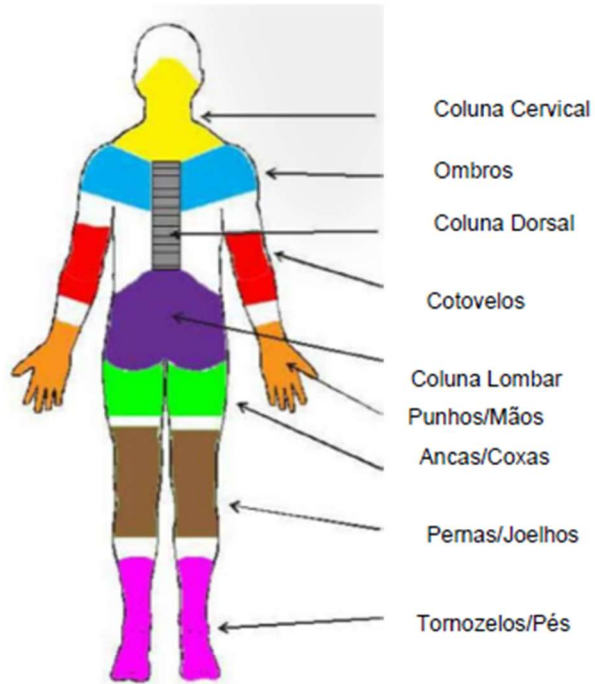
1. Sexo:
✓ Feminino __ masculino ____ Idade __ anos
2. Há quanto tempo é dependente de outras pessoas para se cuidar? _____
3. Motivo da dependência: _____
4. Toma alguma medicação?
✓ Sim ____ Não ____
5. Vê bem?
✓ Sim __ Não __;
6. Usa óculos?
✓ Sim __ Não __;
7. Não vê nada?
✓ Sim __; Não __; Porquê/Causa: _____
8. Consegue ouvir bem?
✓ Sim __ Não __;
9. Não ouve nada?
✓ Sim __ Não __;
10. Usa prótese auditiva?
✓ Sim __ Não __ Porquê/Causa: _____
11. Que meios utiliza para se deslocar?
✓ Nenhum ____;
✓ Bengala: Sim __ Não __;
✓ Tripé: Sim __ Não __;
✓ Muleta: Sim __ Não __;
✓ Cadeira-de-rodas: Sim __ Não __;
✓ Outros. Qual(ais) _____
8. Já teve alguma queda?
✓ Sim __ Não __;
9. Se sim, foi nos últimos 12 meses?
✓ Sim __ Não __.

Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010)

Esta parte do questionário pretende determinar se teve algum tipo de lesão, problema, desconforto, ou dor em determinada região do corpo nos últimos 12 meses da sua atividade desportiva. Preencha o quadro seguinte, tendo em conta o desenho que identifica as partes do corpo e classifique, se assim for o caso, o nível de dor que teve.

Instruções de preenchimento:

- Responda a cada pergunta, com um "X", na caixa apropriada .
- Marque apenas um "X" por cada questão.
- Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo que não tenha tido dor.
- Responda, de acordo com as regiões do corpo ilustradas na figura abaixo.



Escala da Intensidade da dor:

- Zero (0) = Ausência de dor;
- Um a três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade;
- Quatro a seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada;
- Sete a nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade;
- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável;
- Assinala com um "X", na caixa apropriada , a dor que sentiste.

Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou domência) nas seguintes regiões.	Intensidade da dor. 0 - Sem dor 10- Dor insuportável											
1. Coluna Cervical? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim	2. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3. Ombros? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim (Ombro Direito) 3. <input type="checkbox"/> Sim (Ombro esquerdo) 4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambos)	4. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5. Cotovelos? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim (Cotovelo Direito) 3. <input type="checkbox"/> Sim (Cotovelo esquerdo) 4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambos)	6. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7. Punho/mãos? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim (Punho/mão direito(a)) 3. <input type="checkbox"/> Sim (Punho/mão esquerdo(a)) 4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambos)	8. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9. Coluna dorsal? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim	10. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11. Coluna lombar? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim	12. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

<p>13. Ancas/Coxas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim (Ancas/coxas direita)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim (Ancas/coxas esquerda)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambas)</p>	<p>14.</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<p>15. Pernas/Joelhos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim (Pernas/Joelhos Direito)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim (Pernas/Joelhos esquerdo)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambos)</p>	<p>16.</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<p>17. Tornozelos/pés?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim (Tornozelos/pés Direito)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sim (Tornozelos/pés esquerdo)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sim (Ambos)</p>	<p>18.</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Índice de Barthel

PARÂMETRO	SITUAÇÃO DO PACIENTE	PONTUAÇÃO
Alimentação	- Totalmente independente (10); - Necessita de ajuda para cortar a carne, peixe, pão, etc ou dieta modificada (5); - Dependente (0).	
Tomar Banho	- Independente: entra e sai sozinho da casa de banho (5); - Dependente (0).	
Vestir-se	- Independente: capaz de colocar e retirar a roupa, abotoar a roupa, apertar os sapatos (10); - Necessita de ajuda (5); - Dependente (0).	
Higiene Pessoal	- Independente para lavar a cara, as mãos, pentear-se, maquilhar-se, fazer a barba (5); - Dependente (0);	
Transito Intestinal /Defecação (Ter em conta a última semana)	- Continência normal (10); - Ocasionalmente um episódio de incontinência ou necessita de ajuda para colocar supositórios (5); - Incontinência (0).	
Micção	- Continência normal ou é capaz de tratar da sonda se a tiver colocada (10); - Um episódio diário de incontinência no máximo ou necessita de ajuda para tratar da sonda (5); - Incontinência (0).	
Casa de Banho	- Independente para ir à casa de banho, sendo capaz de retirar e colocar a roupa (10); - Necessita de ajuda para ir à casa de banho, mas consegue limpar-se sozinho (5); - Dependente (0).	
Transferência Cadeira - Cama	- Independente para ir da cadeira para a cama (15); - Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo (10); - Necessita de grande ajuda, mas é capaz de manter-se sentado sozinho (5); - Dependente (0).	
Deambulação	- Independente, caminha só 50 metros (15); - Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros (10); - Independente na cadeira de rodas sem ajuda (5); - Dependente (0).	
Escadas	- Independente na subida e descida de escadas (10); - Necessita de supervisão ou ajuda física para realizar esta atividade (5); - Dependente (0).	

ANEXO II:



AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DO SERVIÇO

Para efeitos de integração na documentação necessária à submissão da investigação "Lesões Musculoesqueléticas em cuidadores informais da pessoa dependente" para apreciação da Comissão de Ética e por ter sido solicitado pela investigadora principal ao ACeS Aveiro Norte, nada temos a opor à sua implementação.

Oliveira de Azeméis, 02 de agosto de 2023

O Diretor Executivo

Assinado por: **Paulo Filipe da Almeida e Silva Dtz**
Num. de identificação: 13509454
Data: 2023.08.02 14:26:34+01'00'

A Responsável do Acesso à Informação

Assinado por: **Alda Duarte Portugal**
Num. de identificação: 09409610
Data: 2023.08.02 14:09:44+01'00'





ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO
 INFORMAÇÃO
 PARECER
 DATA: 2023-10-12
 REFERÊNCIA: CE/2023/110
 PARA: CONSELHO DIRETIVO
 DE: COMISSÃO DE ÉTICA
 ASSUNTO ...: PI 20230088 - LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM
 CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA DEPENDENTE

EXARADO NA ATA Nº 2023_48
REUNIÃO DE 2023-11-09

DELIBERADO AUTORIZAR
2023-11-09

Carlos Nunes
Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado "LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA DEPENDENTE" formulado pela investigadora, Fernanda Lúcia Tavares de Almeida; enfermeira especialista, no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, pela Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, orientado pela Prof.ª Dr.ª Isabel Oliveira. O estudo será realizado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Vale de Cambra, Oliveira de Azeméis e de São João da Madeira do ACES Aveiro Norte, onde a profissional exerce atividade.

B- Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com objetivo de determinar a prevalência de lesões músculo esqueléticas em cuidadores informais de utentes acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Vale de Cambra, Oliveira de Azeméis e de São João da Madeira e identificar quais as variáveis sociodemográficas (cuidador e pessoa dependente) associadas a maior prevalência de lesões musculoesqueléticas no cuidador informal. A recolha de dados será realizada através da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica, quer do cuidador informal, quer da pessoa dependente e o Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010), de acordo com as Guidelines European Research group on Health Outcomes. A amostra será selecionada por conveniência.

O acesso aos potenciais participantes será realizado através da aplicação/plataforma GestCare da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Após assinatura do consentimento informado escrito por parte dos participantes, será aplicado o questionário.

A análise quantitativa será realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 26. O nível de significância estatística a considerar será $p < 0.05$.

Será mantido o anonimato de todos os participantes, sem registo de quaisquer dados de identificação pessoal; será atribuído um código a cada participante, com codificação de toda a informação, sem qualquer contingência de identificação. Os dados serão armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos após a conclusão do estudo e defesa pública.

Em qualquer tipo de relatório ou de publicação que se venha a gerar, não será incluído qualquer informação que comprometa a identificação dos participantes. Após terminado o estudo, todos os dados relativos aos intervenientes que conduzam a sua identificação serão destruídos.

