

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**SOBRECARGA E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DO
CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO NO CONCELHO DE VILA
NOVA DE FAMALICÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Prof.(a) Doutora Júlia Martinho

Anabela da Silva Araújo

Porto | 2015

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, o grande responsável por mais esta etapa alcançada. O meu muito obrigada, do fundo do meu coração, por nunca ter deixado de acreditar e investir em mim. Amo-o para sempre. Sem si nada disto teria sido possível! (*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Júlia Martinho, minha orientadora, pelo ensino e acompanhamento no desenvolvimento deste trabalho.

A minha mãe, irmã e ao Hélder pelo apoio e paciência que me dedicaram.

À Cláudia pela sua bondosa disponibilidade para me ajudar.

A todos os voluntários famalicenses que simpaticamente se dispuseram a participar na colheita de dados para este estudo.

A todos os meus familiares, amigos e colegas de curso pelo apoio e incentivo.

SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária INSTRUMENTAIS

AVD - Atividades de Vida Diária

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

M - Média

DP - Desvio Padrão

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – EQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. A SOBRECARGA E O SUPORTE SOCIAL AO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	23
1.1.O Cuidado ao Idoso	26
1.1.1.Ser Cuidador na Comunidade	28
1.1.2.Transição para o Papel de Cuidador Informal	29
1.1.2.1.Necessidades	31
1.1.2.2.Qualidade de Vida uma Variável a Atingir	33
1.1.2.3.Sobrecarga	34
1.1.3.Suporte ao Cuidador Informal	36
1.1.3.1. Intervenções de apoio ao cuidador informal	36
1.1.3.2.Suporte Social	38
1.1.4.Instrumentos utilizados para Avaliação do Cuidador Informal	40
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2.CONTEXTUALIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA.....	45
3.METODOLOGIA	47
3.1.Desenho de Investigação	47
3.2. Objetivos do estudo	48
3.3.População e Amostra	49
3.4.Procedimentos	49
4.RESULTADOS	55
5.DISSCUSSÃO	65
6.CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79
ANEXO I – Artigo	81
ANEXO II – Apresentação para congresso	89
ANEXO III - Autorização para utilização da ESSS	95

Anexo IV - Autorização para utilização da QASCI	97
ANEXO V - Instrumento de colheita de dados.....	99

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Valores de <i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i> para as escalas.	51
TABELA 2: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais. ...	55
TABELA 3: Caracterização dos cuidados prestados.	57
TABELA 4: Caracterização psicossocial dos Cuidadores Informais, no que refere à satisfação com o Suporte Social e à percepção de Sobrecarga.	60
TABELA 5: Correlações entre os indicadores de satisfação com o Suporte Social e de Sobrecarga dos cuidadores informais.	62
TABELA 6: Diferenças no ajustamento psicossocial dos cuidadores tendo em consideração o auxílio na prestação de cuidados.	64

RESUMO

Hoje em dia e encarando as transformações demográficas da sociedade atual são notórias as mudanças ocorridas. Vivemos numa sociedade envelhecida e com baixa taxa de natalidade, a esperança média de vida aumentou tendo a par desencadeado o aumento da morbilidade nos idosos, aumentando a sua dependência. Esta nova realidade despoleta novos desafios nomeadamente a necessidade de existência de cuidadores informais para os idosos com algum grau de dependência. O cuidador informal passa a assumir a responsabilidade de prestar todos os cuidados de que o idoso necessita. Contudo, cuidar acarreta repercussões para a vida do cuidador tanto a nível físico, psicológico, social ou financeiro, podendo despoletar a sobrecarga do cuidador.

Olhando par este cenário urge atender às necessidades do cuidador criando políticas e programas de intervenção que promovam um cuidar “saudável”. Por essa razão desenvolvemos este estudo com a finalidade de contribuir para a caracterização do cuidador informal numa comunidade, com o intuito de, em articulação com as entidades políticas responsáveis e os serviços de assistência, colaborar no desenho de intervenções adequadas a esta população. A nossa opção metodológica foi por um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, transversal. A amostra foi não probabilística intencional constituída em bola de neve por 1342 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos dos quais apenas 81 tinham cuidador e, que aceitaram participar no estudo, respondendo a um questionário constituído por questões sociodemográficas e duas escalas. O QASCI-Versão reduzida (Martins et al. 2015) compreende 14 itens, compostos por 5 opções de resposta tipo Likert que avaliam as consequências no bem-estar de ser cuidador, a médio e longo prazos. Foi também utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999).

De acordo com os resultados podemos concluir que como em outros contextos o cuidador informal é predominantemente do sexo feminino, a média de idades é de 53.56 anos. Este em média cuida do idoso há 8.56 anos e desempenha uma prestação de cuidados diários de 12.35 horas,

sendo que 63% dos cuidadores têm auxílio de cuidadores secundários em média de 7.18 horas diárias, sendo estes maioritariamente os cônjuges e os filhos em percentagem igual (19.8%). Ao nível do suporte social os participantes incluídos na amostra referem satisfação média com suporte social ($M=50.96$, $DP=14.77$), já relativamente à sobrecarga, esta amostra apresenta um nível moderado ($M=43.83$, $DP=21.43$).

Palavras-chave: Cuidador Informal; Idoso; Comunidade; Sobrecarga; Suporte Social.

ABSTRACT

Nowadays and facing the demographic changes of today's society are noticeable changes occurred. We live in an aging society and low birth rate, the average life expectancy has increased with the pair triggered the increased morbidity in the elderly, increasing their dependence. This new reality triggers new challenges including the need for existence of informal caregivers for the elderly with some degree of dependence. The informal caregiver now assumes the responsibility to provide all the care that the elderly need. However, care entails consequences for the life of both the caregiver physical, psychological, social or financial, can trigger the caregiver burden.

Looking at this scenario is urgent to meet caregiver needs creating policies and intervention programs that promote caring "healthy." For this reason we developed this study in order to contribute to the characterization of informal caregivers in a community, in order to, together with the responsible political authorities and support services, to collaborate in the design of interventions appropriate for this population. Our methodological option was for a study of quantitative approach, descriptive, transversal. The sample was not intentional probabilistic incorporated in snowball by 1342 elderly aged over 65 years of which only 81 had caregiver and who agreed to participate in the study by answering a questionnaire consisting of sociodemographic questions and two scales. The reduced QASCI-version (Martins et al, 2015) consists of 14 items, consisting of five Likert response options that evaluate the consequences on health caregiver in the medium and long term. It was also used a Satisfaction Scale with Social Support (Ribeiro, 1999).

According to the results we can conclude that as in other contexts informal caregivers are predominantly female, the average age is 53.56 years. This average takes care of the elderly for 8.56 years and plays the provision of daily care of 12.35 hours, and 63% of caregivers have help of secondary caregivers on average 7.18 hours per day, which are mostly spouses and children in equal percentage (19.8 %). The level of social

support the participants in the sample relating average satisfaction with social support ($M = 50.96$, $SD = 14.77$) , already relatively to caregiver burden this sample showed a moderate level ($M = 43.83$, $SD = 21.43$).

Keywords: Informal Caregiver; Elderly; Community; Caregiver Burden; Social support

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da problemática do Cuidador informal de idosos, focando o tema da sobrecarga e da satisfação com o suporte social. Foi desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no segundo ano do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), sob orientação da Professora Doutora Júlia Martinho. Esta investigação integra um estudo da ESEP desenvolvido no conselho de Vila Nova de Famalicão intitulado "Viver bem com mais idade - do contexto familiar ao apoio institucional", numa primeira fase desenvolvido nos idosos da comunidade.

O envelhecimento populacional, resultante da diminuição da natalidade e aumento da esperança média de vida, conduziu a um acréscimo de situações de dependência, e por conseguinte despoletou novas necessidades de saúde. As pessoas com 65 ou mais anos correspondem a 18.5% da população Europeia e 30% das famílias têm idoso (Eurostat, 2015). Assim, o aumento da necessidade de cuidados da população idosa implica maior assistência por parte de cuidadores informais (Sequeira,2010).

Neste contexto surge a imposição de cuidados complexos por longos períodos de tempo, em que as redes informais ocupam um lugar privilegiado no cuidar da pessoa idosa, para o qual o contributo do cuidador informal é fundamental na manutenção da sua qualidade de vida (Cruz et al. 2010). Contudo, cuidar de idosos dependentes pode despoletar solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do

desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga (Ricarte, 2009).

Cuidar a pessoa dependente constitui uma ameaça ao funcionamento harmonioso do cuidador, podendo sobrevir a doença mental. Esta engloba um *continuum* que se alonga das mais severas desordens mentais até uma variedade de sintomas de diferente intensidade e duração, emergindo numa multiplicidade de consequências (André et al. 2013).

Deste modo, colocam-se desafios à saúde mental, nomeadamente à Enfermagem de Saúde Mental, com o centro na promoção da saúde mental do cuidador informal, bem como na prevenção de sintomas/doença ao nível da mesma.

O conhecimento do contexto dos cuidadores informais bem como dos seus problemas decorrentes do cuidar, poderá contribuir para o desenvolvimento de respostas aos mesmos, disponibilizando maior atenção às necessidades do cuidador informal.

Este estudo foi desenvolvido no concelho de Vila Nova de Famalicão com a finalidade contribuir para a caracterização do cuidador informal numa comunidade com o intuito de, em articulação com as entidades políticas responsáveis e os serviços de assistência, colaborar no desenho de intervenções adequadas a esta população. O nosso objetivo geral é caracterizar o cuidador informal de idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão, quanto à sua perceção de sobrecarga e satisfação com o suporte social.

Na recolha de dados foi utilizado um questionário constituído por questões sociodemográficas e duas escalas, o QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal) - Versão reduzida (Martins et al. 2015) com 14 itens, compostos por 5 opções de resposta tipo *Likert* que avaliam as consequências no bem-estar por ser cuidador a médio e longo prazos e a ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social) (Ribeiro, 1999) aplicado aos cuidadores dos idosos dependentes que participaram no estudo.

O questionário foi aplicado pelo investigador e por outros voluntários que participaram na colheita de dados do estudo do idoso.

A análise dos resultados foi efetuada com recurso ao programa estatístico de tratamento de dados *Statistical Package for the Social Sciences versão 22*.

O trabalho está organizado em capítulos sendo composto por um enquadramento teórico acerca do cuidar, seguido pela parte metodológica com a discussão dos resultados obtidos e por fim a conclusão.

PARTE I - EQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A SOBRECARGA E O SUPORTE SOCIAL AO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 2013).

Já a respeito da saúde mental a OMS defende que a mesma se refere a uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente relacionadas com a componente bem-estar mental incluídos na definição de saúde acima citada. Esta está relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais, e o tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (WHO, 2013). A saúde mental é essencial para a saúde geral e bem-estar, e deve ser reconhecido com a mesma importância que a saúde física. A OMS refere também que não há uma definição de saúde mental pois a diversidade cultural e os julgamentos subjetivos afetam o modo como a mesma é vista (WHO, 2013).

A saúde mental diz respeito a um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou à ausência de doença mental, inclui a capacidade das pessoas para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para alcançar a resiliência (Sá, 2010).

A enfermagem, como profissão, emergiu no final do século XIX e mais adiante, no século XX, surgiu a enfermagem psiquiátrica com funções próprias. (Stuart e Laraia, 2001). Stuart e Laraia (2001) definem enfermagem psiquiátrica como sendo *"... um processo interpessoal que deve promover e manter um comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. Este paciente pode ser considerado*

um indivíduo, família, um grupo, organização ou comunidade.” (Stuart e Laraia, 2001, p.36). A Associação Norte-americana de Enfermagem na declaração sobre a prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental define Enfermagem Psiquiátrica como *“(...) a área especializada da prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como a sua ciência e o uso apropriado de si como arte”*. (Stuart e Laraia, 2001, p.36)

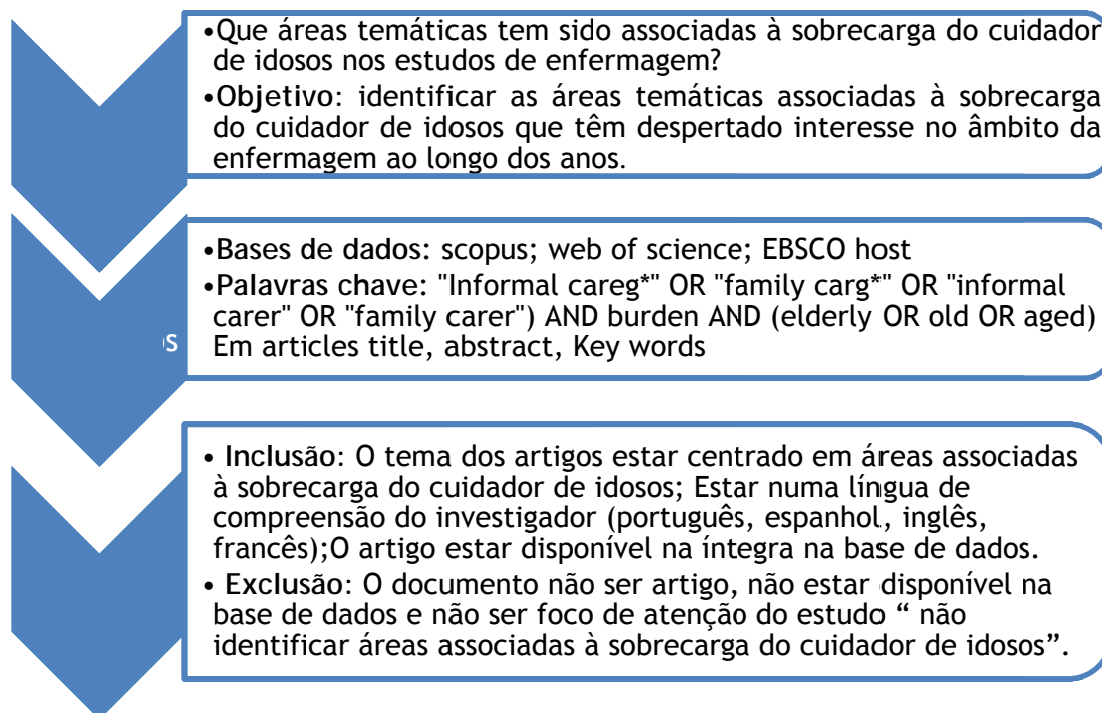
O enfermeiro especialista na área da saúde mental para além das suas competências gerais acumula ainda competências específicas, que de acordo com o Artigo 4.º do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, publicado em Diário da República (2011) são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Assim sendo, o enfermeiro especialista em saúde mental detém outras competências para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais que visão entre outros aspetos a promoção da saúde mental, que neste contexto pode ser dirigida ao cuidador informal.

De seguida fazemos uma breve abordagem ao conhecimento que existe sobre a problemática em estudo, tendo sido efetuada uma revisão da literatura para dar resposta a este desiderato.

O foco central do nosso interesse situa-se nos estudos desenvolvidos no âmbito de enfermagem que abordem a temática do cuidador informal. A nossa análise numa 2ª fase centrou-se nos artigos publicados a partir de 2010. De seguida apresentamos o processo que sustentou a revisão da literatura:



Resultados:

- 231 artigos
- Apenas disponível em texto integral - 149 artigos
- Editados a partir de 2010 - 71 artigos
- Idioma (português, inglês, espanhol e francês) - 71 artigos
- Duplicados removidos automaticamente - 35 artigos
- Analisados -36 artigos.

Na análise dos artigos constatamos que maioritariamente os estudos eram de revisão e descritivos transversais. O paradigma quantitativo era o mais requerido como abordagem metodológica dos estudos.

As temáticas centrais são as que procuramos desenvolver abordando alguns conceitos que consideramos importantes para este trabalho de investigação.

1.1.0 Cuidado ao Idoso

Cuidar é servir, oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas é entender a outra pessoa como ela é, as suas atitudes a sua dor e limitação. Cuidado é dar atenção, precaução, dedicação, afeto, encargo e responsabilidade (Anjos, Boery e Pereira, 2014).

O cuidado informal deriva da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remuneradas economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo assim o papel de cuidador informal (Cruz, et al. 2010).

O cuidador informal dá resposta às necessidades da pessoa, permitindo que estes sejam cuidados no seu domicílio, integrados na dinâmica familiar, diminuindo assim os períodos de internamento e, por conseguinte, os custos para o sistema de saúde. Desta forma é essencial compreender o processo de cuidar a pessoa com mais idade em contexto comunitário.

O cuidar está associado à família, uma vez que esta se assume como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e, como a principal prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares (Collière, 2003; Lage, 2005 cit in Ferreira, 2013).

Marques (2007 cit in Rodrigues 2011), define cuidador informal como um familiar ou amigo, que se assume como principal responsável pela organização e prestação de cuidados à pessoa dependente.

Segundo Pérez, Abanto e Labarta (1996 cit in Marques, Teixeira e Souza 2012), o cuidador informal é definido como aquele que assume a responsabilidade de cuidar das necessidades básicas e instrumentais da vida diária da pessoa dependente, durante a maior parte do dia, sem qualquer remuneração financeira.

Já Lopez-Hartmann, et al (2012), na sua revisão sistemática sobre o efeito das intervenções de apoio aos cuidadores informais de idosos frágeis

residentes na comunidade, referem que o cuidador informal é, geralmente, um familiar, amigo ou vizinho que se responsabiliza pela prestação regular de cuidados no domicílio ao idoso com necessidade de cuidados de longa duração, não sendo um profissional ou pertencente a uma organização de voluntários.

Em contraste, o prestador de cuidados formal dissemelha-se do cuidador informal já que o primeiro optou por receber formação profissional, sendo remunerado pelos cuidados que presta (Machado, 2007, cit in Marques, Teixeira e Souza 2012)

Atendendo a que o cuidar na maioria das vezes se insere na família, emerge o conceito de familiar cuidador, que designa o elemento da família que cuida do familiar dependente, sem remuneração (Rodrigues, 2011).

Por outro lado, a responsabilidade de cuidar pode ser assumida por mais do que uma pessoa, sendo o cuidador principal aquele que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer no domicílio. Rocha e Pacheco (2013) descrevem o cuidador informal principal como a pessoa que cuida durante a maior parte do tempo, e que colabora dentro de suas possibilidades com as atividades da vida em que o idoso é dependente, não sendo remunerado, independentemente da sua formação ou experiência de vida. Os estudos sobre esta temática referem como características gerais do cuidador informal ser do sexo feminino, com parentesco familiar (cônjuge/filhos), de meia idade e sem formação específica para a prestação de cuidados.

Relativamente ao cuidador secundário o seu grau de responsabilidade, de envolvimento ativo e de poder de decisão são inferiores aos do cuidador primário. Contudo a sua relevância advém da ajuda adicional que pode aumentar o tipo e/ou quantidade de cuidados prestados, contribuindo para uma melhor satisfação das necessidades dos idosos.

Cuidar de familiares constitui um ato de amor da maior importância, que deve ser incentivado e preservado (Sequeira, 2010). Segundo Lage (2007) a escolha de quem assumirá o papel de cuidador informal é um processo dinâmico, onde convergem um conjunto de fatores: imperativos demográficos, como ser filho único; obrigações normativas de

reciprocidade e fatores situacionais, como por exemplo, compromissos assumidos entre pais e filhos; ter poucas obrigações familiares e profissionais; estar geograficamente mais próximo; ser economicamente mais desfavorecido, entre outros.

Cuidar não é uma tarefa fácil, determina uma mudança radical na vida de quem cuida, exigindo a concretização de tarefas complexas, delicadas e sofredoras. Cuidar implica dedicar muito tempo ao doente, e daí decorre o desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e submissão a riscos mentais e físicos.

O cuidador informal tem as suas necessidades e problemas resultantes da prestação de cuidados e assim sendo também necessita de ajuda para melhorar a sua saúde e bem-estar.

1.1.1. Ser Cuidador na Comunidade

Cuidar de um idoso dependente no domicílio é um desafio para o cuidador informal, é uma árdua tarefa e que desperta algumas necessidades nos cuidadores. Necessidades de ensinamentos, de gestão de comportamentos, de apoio emocional, de descanso, entre outros.

Assim, comparando o cuidador informal do idoso na comunidade com o cuidador informal do idoso institucionalizado podemos à partida pensar que a tarefa seja mais leve no segundo caso, já que o cuidador informal não é o principal responsável pelo cuidado ao idoso mas sim os cuidadores formais que assumem essa tarefa. Numa instituição, ainda que o cuidador informal participe na prestação de cuidados, nesse local tem profissionais qualificados que lhe podem ensinar, esclarecer dúvidas e receios.

Na comunidade a responsabilidade pelo cuidar é do cuidador informal, Rodger, Neill, Nugent (2015) referem existir fontes de apoio internas e externas. As internas dizem respeito ao auxílio prestado por familiares/amigos. As externas referem-se aos serviços de apoio

domiciliário desempenhados por equipas de cuidadores formais. Contudo há cuidadores que reportam dificuldades de acesso às fontes de apoio externo.

De entre as dificuldades do cuidador informal na comunidade Rodger, Neill, Nugent (2015) apontam a gestão do tempo já que o cuidador informal tem que articular o tempo para si, o tempo para o cuidar e o tempo para a família. Quando esta gestão não é conseguida causa frustração ao cuidador, associado a outros fatores podendo originar a sobrecarga.

1.1.2. Transição para o Papel de Cuidador Informal

Segundo Minuchin (1985, 1988, *cit in* Faco e Melchiori, 2009), a família é um complexo sistema com crenças, valores e práticas ligadas diretamente às modificações da sociedade, que procura a melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da organização como um todo. O sistema familiar muda à medida que a sociedade muda, e todos os seus membros podem ser afetados por pressões internas e externas, fazendo que ela se modifique com o objetivo de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros.

A família é definida como um grupo de indivíduos unidos por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é que se identificam como fazendo parte daquele grupo. Esta definição é flexível o suficiente para incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual (Wright, Watson e Bell, *cit in* Galera e Luis, 2002).

O ciclo de vida pessoal ocorre dentro do ciclo de vida familiar, que é o ambiente primário do desenvolvimento humano. As pessoas interagem ao longo da vida e desenvolvem-se, enfrentando várias situações ou mudanças que ocorrem a nível individual/familiar, estas mudanças designam-se por transição (Schumacher e Meleis, 1994, *cit in* Zagonel, 1999).

No que diz respeito ao tipo de transição que o cuidador informal atravessa trata-se de uma transição do tipo situacional, uma vez que está a assumir um novo papel na sua vida. A teoria das transições defende isso mesmo, ou seja, uma transição do tipo situacional pode traduzir-se numa alteração de um papel familiar (Meleis et al, 2000).

No âmbito das propriedades da transição, e fazendo referência à consciencialização, esta é baseada no conhecimento e reconhecimento da situação em que se encontra, ou seja, perceber o que mudou e aquilo que ainda vai mudar no futuro. É fundamental existir uma congruência entre o conhecimento sobre todo o processo e as respostas que se vão constituir como expectativas e perceções individuais. Para que a vivência da transição decorra eficazmente é necessário existir consciencialização (Meleis et al, 2000). As ações que demonstram o envolvimento na transição vão de encontro a isso mesmo, ou seja a procura de informação, a adaptação a papéis comportamentais e a preparação ativa e pró-ativa no sentido de modificar as atividades (Meleis et al, 2000). Para que isto possa acontecer, existem dois aspetos fundamentais que devem estar presentes nos cuidadores: perceção da situação de doença da pessoa cuidada, bem como as características pessoais do cuidador, que por sua vez, irão influenciar a sua destreza e capacidade para o exercício do papel.

Face ao espaço temporal, ou seja, a duração da transição, esta pode muitas vezes ser indefinida.

Por fim, ainda no que se refere às propriedades da transição, resta apenas fazer referência aos eventos críticos, ou seja, acontecimentos que estão associados a um aumento da consciencialização sobre a mudança, o que acaba por conduzir a um maior envolvimento. Estes podem acarretar uma sensibilização face a novos hábitos, estilos de vida e atividades de vida diária (Meleis et al, 2000).

Numa transição saudável, é postulado que à medida que a transição vai decorrendo existam indicadores de processo que permitam fazer uma avaliação da forma como está a decorrer a transição, para que seja possível intervir antecipadamente, caso necessário, para que o indivíduo atinja o bem-estar (Meleis et al, 2000).

Esta transição pode ser também caracterizada por indicadores de resultado, que segundo a autora são: a mestria, que é determinada pelo grau do domínio demonstrado, as competências e os comportamentos necessários para lidar com as novas situações e a integração fluida, que traduz uma reformulação da identidade, permitindo adaptabilidade às exigências atuais (Meleis et al, 2000).

1.1.2.1.Necessidades

O papel de cuidador informal abarca um grande número de tarefas e tipologias de cuidar. O cuidar pode consistir na prestação de pequenos cuidados e até incidir mais na supervisão, pode ser também num outro extremo uma prestação de todos os cuidados como substituição da pessoa. Envolve também não só a parte técnica como também a gestão de emoções. O cuidador enfrenta diversos obstáculos decorrentes do seu papel e são muitas as necessidades do mesmo.

Pereira e Filgueiras (2009, *cit in* Cruz et al., 2010) relatam, a higiene do idoso, os posicionamentos e o arranjo e governo da casa, adicionado ao referido anteriormente. As dificuldades mais evidenciadas, no estudo de Santos (2008, *cit in* Cruz et al., 2010) focam-se nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e financeiras, sendo a nível físico, a fadiga, a sua doença ou o agravamento do estado de saúde do idoso, que colocam entraves à prestação de cuidados. Surgiram também em consonância a não aceitação do estado de dependência do idoso; sentimentos como prisão, solidão, tristeza, ambivalência e culpa; a relação problemática com o idoso; a dificuldade da aceitação do fim de vida do mesmo e o aumento de stresse, como as dificuldades major de foro psicológico.

A insatisfação para com as respostas da rede formal; a rejeição do apoio formal pelo idoso; o custo do serviço de apoio domiciliário e outras despesas, associadas à inexistência de remuneração por parte do cuidador, emergem como as principais condições sociais e financeiras geradoras de dificuldades no cuidado informal (Cruz et al. 2010). Ao nível social,

Fernandes refere (2009, *cit in* Cruz et al. 2010), que também há dificuldades na aquisição das ajudas técnicas (cadeiras, camas e outros).

O estudo conduzido por Andrade (2009, *cit in* Cruz et al. 2010) mostra que todos os cuidadores que englobaram a sua amostra referiram que uma das maiores dificuldades por eles sentidas consistia no apoio social insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio. Ekwall e Hallberg (2007, *cit in* Cruz et al. 2010) referiram que as dificuldades que lhes causam maior perturbação correspondem aos seguintes itens da escala que aplicaram: 78% dos participantes refere que ser cuidador informal “afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto” e “não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria”; 68% apontam “a situação está a transtornar-me os nervos” e 65% “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”.

Assim, como principais dificuldades do cuidador informal surgem as questões técnicas, as dúvidas de como fazer, ou se está a fazer bem ou a adotar a estratégia mais adequada. Por outro lado há toda uma gestão de emoções que nem sempre é fácil, lidar com o comportamento do idoso, situações de desorientação e agressividade ou por outro lado conviver com o sofrimento do mesmo. Por vezes a própria família coloca dificuldades sendo os seus relacionamentos também um entrave ao cuidador. Outra das grandes necessidades é o excesso de trabalho e a falta de tempo para atividades voltadas para o próprio cuidador, a falta de tempo para si, para se distrair ou até para poder descansar.

Embora os cuidados prestados por familiares de pessoas com a doença de *Alzheimer* e outras formas de demência sejam semelhantes à assistência conferida por cuidadores de pessoas com outro tipo de patologia, os cuidadores de pessoas com demência enfrentam outro tipo de desafios como referimos anteriormente. Por exemplo, pessoas com demência experienciam perdas no julgamento, orientação, e a capacidade de compreender e comunicar eficazmente. Os cuidadores informais devem frequentemente gerir estas situações. A personalidade e o comportamento de uma pessoa com demência são afetados, sendo estas alterações muitas

vezes os maiores desafios para os cuidadores informais (Ornstein e Gaugler, 2012, *cit in* Alzheimer's Association, 2014).

É também de salientar que alguns cuidadores relatam sentimentos positivos acerca do cuidado, incluindo a união da família e a satisfação de ajudar os outros (Zarit, 2012, *cit in* Alzheimer's Association, 2014), embora, estes também relatem níveis elevados de stresse ao longo de prestação de cuidados.

1.1.2.2. Qualidade de Vida uma Variável a Atingir

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada positiva ou negativamente de acordo com as estratégias que estes utilizam na gestão de situações face ao *stresse*.

Rodrigues (2014) refere que os cuidadores relatam pior saúde desde que assumiram a função, o que evidencia a deterioração na qualidade de vida após terem assumido o papel de cuidador informal. O cuidado ao idoso em tempo integral ou por longos períodos é um dos aspetos que pode comprometer a qualidade de vida do cuidador. Deste modo, o cuidador informal está exposto a fatores que desencadeiam a sobrecarga física, emocional e social assim, entende-se que o cuidador informal também necessita de ser cuidado.

Wachholz, Santos e Wolf (2013) verificaram a existência de correlações significativas entre menor nível de sobrecarga relacionada ao cuidado e melhor perceção de qualidade de vida, tal como a associação entre o maior grau de dependência do idoso a maior sobrecarga e a qualidade de vida menos satisfatória.

Sequeira (2007) aponta a história de vida do cuidador com o idoso dependente como relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa, já que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos.

Segundo Ho et al. (2009) o contexto socioeconómico de cuidadores e não cuidadores é similar. Quanto á saúde os cuidadores apresentam pior saúde que os não cuidadores. Os Cuidadores têm maior risco de

necessidade de cuidados médicos e perda de peso, sendo que as mulheres cuidadores apresentam maior risco de Osteoporose, Artrite e Úlcera gástrica, enquanto que os homens têm maior risco de Bronquite e Artrite. Ambos cuidadores femininos e masculinos foram mais predispostos a ter depressão e tinham um risco maior de relatar pior saúde em comparação com o ano anterior.

Já Ratcliffe et al. (2013) no seu estudo sobre a avaliação da relação entre cuidar informal e qualidade de vida em cuidadores informais de idosos residentes na comunidade, referem também que em termos de contexto sociodemográfico entre cuidadores e não cuidadores o cenário é semelhante. No entanto na parte do instrumento que avalia a qualidade de vida os não cuidadores apontaram o atributo segurança como o melhor nível, o que mostra que são capazes de encarar o futuro sem preocupações. Enquanto os cuidadores apontaram o atributo papel o que revela que foram capazes de fazer as atividades com que se sentem valorizados. Por outro lado os cuidadores que viviam sozinhos tinham pontuações menores do que os que viviam com alguém.

Cuidar implica dedicar muito tempo ao doente e isso acarreta desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, entre outros. Assim tornar-se cuidador pode ser um desafio à qualidade de vida. Cabe aos profissionais de saúde nomeadamente aos enfermeiros o desenvolvimento de programas de promoção da qualidade de vida do cuidador informal.

1.1.2.3. Sobrecarga

Com o tempo despendido nas atividades do cuidar, os cuidadores sentem-se ocupados e vivenciam a limitação do tempo livre para si e para os demais familiares, o que tem como consequência direta a sobrecarga física, emocional e social do cuidador (Vieira, Fialho e Moreira, 2011).

Desde a década de 80 vários autores têm investigado a sobrecarga e atualizando o seu conceito.

De acordo com Lage (2007) a sobrecarga, como foco de investigação, foi desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Paterson, em 1980, em cuidadores informais de pessoas com demência.

Zarit (1980 cit in Limpawattana et al. 2012) refere que a sobrecarga do cuidador informal diz respeito aos problemas físicos, financeiros e psicossociais, decorrentes do cuidar de um membro da família que luta com uma condição de saúde.

Já para Sequeira (2010) o conceito de sobrecarga refere-se ao conjunto das consequências que surgem no seguimento de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência. O mesmo autor refere que a sobrecarga está associada à diminuição da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade, por esse motivo a sua caracterização é fundamental para uma prevenção adequada.

Distingue-se na sobrecarga do cuidador informal duas dimensões a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva é referente à situação de doença e dependência do idoso e a forma como esta se repercute na vida diária do cuidador (emprego, situação económica, vida social, saúde física), ou seja aspetos concretos observáveis e quantificáveis. Por outro lado a sobrecarga subjetiva diz respeito aos sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador face à experiência do cuidar (Sequeira, 2010).

De acordo com Pino-Casado, Frías-Osuna e Palomino-Moral (2011) muitos estudos na literatura relacionam sobrecarga subjetiva à ansiedade, depressão e saúde física. Assim, uma maior prevenção de sobrecarga subjetiva vai significar aumento da prevenção destes efeitos.

Existem vários fatores associados à sobrecarga do cuidador que podem ser classificados em dois grupos: características do cuidador e características do recetor de cuidados. Os fatores relacionados às características do cuidador com estatística significativa em alguns estudos são: sexo feminino, nível de educação, a qualidade do relacionamento, estado de saúde, a experiência de eventos adversos de vida, a confiança, a perceção de autoeficácia, as estratégias de coping, o funcionamento familiar e o apoio social (Limpawattana et al. 2012). As características dos

recetores de cuidados que estão associadas à sobrecarga do cuidador são o nível de dependência, a depressão, idade, sexo masculino, e tipo de doença (Limpawattana et al., 2012). O desgaste do cuidador não afeta apenas este e a pessoa cuidada, mas também os restantes elementos do núcleo familiar. Alonso et al. (2004, *cit in* Sequeira, 2010) elucida que outros aspetos potenciam sobrecarga, tais como, a “falta de tempo”, “ a tensão”, “ a dependência constante do familiar”, “ o receio pelo futuro” e “ as limitações na vida social”.

Sequeira (2007) refere que quanto maior for o conhecimento que o cuidador possui sobre a situação do idoso dependente, menor será a propensão para o aparecimento de níveis elevados de sobrecarga. Por outro lado as características internas do cuidador, como a perceção de autoeficácia ou a autoestima, são determinantes na perceção de sobrecarga.

1.1.3. Suporte ao Cuidador Informal

Atendendo às necessidades do cuidador informal é necessário dar resposta às mesmas. Seguidamente apresentamos algumas intervenções de apoio ao cuidador informal

1.1.3.1. Intervenções de apoio ao cuidador informal

Na revisão sistemática realizada por Lopez-Hartmann et al. (2012) acerca do efeito das intervenções de apoio ao cuidador informal de idosos debilitados residentes na comunidade, os autores agruparam as intervenções de suporte em três tipologias: descanso do cuidador; apoio psicossocial (individual/grupo); tecnologias de informação e comunicação.

O descanso do cuidador permite que este faça uma pausa na prestação de cuidados com o intuito de aumentar a sua qualidade de vida. Esta intervenção tem um efeito positivo na sobrecarga do cuidador, nos

sentimentos de raiva que o cuidador possa ter em relação ao idosos e na depressão.

O apoio psicossocial consiste em potenciar as habilidades do cuidador informal para o desempenho do seu papel. Inclui educação, treino de competências, aconselhamento, informação e apoio emocional. Geralmente desenvolve-se no domicílio do cuidador. A nível individual esta intervenção tem efeito positivo na depressão e nas habilidades de *coping*. O apoio psicossocial como intervenção grupal contém uma dimensão social, propiciando a interação entre os participantes. Tem efeito positivo na depressão e ansiedade e promove o conhecimento dos recursos da comunidade e do suporte social.

No que concerne às tecnologias de informação e comunicação, as intervenções de base tecnológica podem reduzir a depressão, a sobrecarga e a ansiedade, bem como promover as habilidades de coping.

Relativamente ao tipo de suporte que os cuidadores informais de idosos preferem, segundo o estudo realizado por Colantonio et al. (2001), no Canadá, alguns cuidadores apresentaram um interesse considerável no suporte telefónico (fornecido por profissionais ou cuidadores informais mais experientes) e no apoio por *newsletter*. Expressaram menos interesse em grupos de apoio, apoio voluntário ou suporte por computador. As limitações de tempo, falta de descanso, questões de transporte e de saúde foram citados como barreiras à participação em programas de apoio. Apesar da alta média de idade dos cuidadores, uma percentagem significativa tem acesso a um computador e manifestaram-se interessados em receber apoio via computador. Nas próximas décadas, é provável que os cuidadores estejam mais familiarizados com computadores e, portanto, mais dispostos para utilizar este tipo de apoio e de serviços. Os cuidadores de pessoas que vivem com demência manifestaram interesse similar em apoio, apesar de descreverem mais sobrecarga.

Garcés et al. (2010), na sua revisão sobre programas de alívio da sobrecarga do cuidador informal, concluíram que tanto os serviços de descanso do cuidador como de intervenções psicossociais para aliviar a sobrecarga do cuidador informal são muitos usados.

1.1.3.2. Suporte Social

O apoio social compreende a estrutura da rede de relações sociais e a adequação da sua função, particularmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio que recebe (Anjos et al. 2015).

O suporte social segundo Sarason (1983 *cit in* Ribeiro, 1999) consiste na existência de pessoas em quem se pode confiar, que se preocupam conosco, nos valorizam, gostam de nós e que se mostram disponíveis para ajudar. Por outro lado, Ribeiro (1999) menciona que o suporte social do indivíduo é composto pelos familiares, amigos, bem como pela própria frequência de contactos, intensidade e pela existência ou não de amigos íntimos e de redes sociais.

Já de acordo com Kessler et al. (1985 *cit in* Zegwaard, 2011) o suporte social diz respeito aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, protegem os indivíduos dos efeitos nocivos do stress. É uma variável muito abrangente, abarcando um conjunto de componentes e de aspetos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

O conceito de suporte social abrange uma enorme diversidade de situações e formas de suporte, nomeadamente informacional, emocional e material (Singer e Lord, 1984 *cit in* Lopes, 2011), sendo estes os mais mencionados na opinião de alguns autores.

Já Dunst e Trivette (1990 *cit in* Ribeiro 1999) referem que o suporte social diz respeito aos recursos disponíveis, como por exemplo a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

A Community Health Nurses Association of Canada (2003 *cit in* Lage, 2007) definiu o suporte social como um fator determinante da saúde das pessoas que vivem e convivem com a doença crónica na comunidade.

Conforme Cramer, Henderson e Scott (1997 *cit in* Ribeiro, 1999) existe o suporte social percebido e o suporte social recebido. O primeiro é relativo ao suporte social que a pessoa percebe como disponível em caso de necessidade. O segundo diz respeito ao suporte social que foi recebido. No entanto, os mesmos autores fazem outra distinção que contempla o suporte

social descrito e o suporte social avaliado. Sendo o suporte social descrito referente à presença de um tipo particular de comportamento de suporte. Por outro lado, o suporte social avaliado refere-se à avaliação desse comportamento de suporte percebido como satisfatório.

Numa investigação realizada por Wethington e Kessler (1986 *cit in* Ribeiro 1999) com uma amostra de 1269 indivíduos, em que os autores objetivaram determinar se as variáveis de saúde estavam associadas à percepção de suporte social ou aos aspetos objetivos do suporte social, verificaram que os resultados de saúde eram melhor explicados pela percepção de suporte social do que pelo suporte social efetivo.

Há duas fontes de suporte social: a formal e a informal. As redes de suporte social formal incluem organizações sociais formais como hospitais, programas governamentais e os profissionais (médicos, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência a pessoas necessitadas. Quanto ao suporte social informal o mesmo diz respeito a pessoas como familiares, amigos, vizinhos e grupos sociais como clubes e Igreja que podem prestar apoio nas atividades diárias (Dunst e Trivette, 1990 *cit in* Ribeiro 1999).

Aneshensel et al. (1995 *cit in* Lage 2007) identificam três dimensões distintas de suporte social: integração, a existência de relações sociais; redes sociais, a estrutura de relações sociais; e suporte, o conteúdo funcional das relações sociais, incluindo emocional, instrumental e informacional.

Dunst e Trivette (1990, *cit in* Ribeiro, 1999) reconhecem cinco componentes de suporte social: componente constitucional; componente relacional; componente funcional; componente estrutural e componente satisfação. A componente constitucional refere-se às necessidades e concordância das mesmas com suporte existente. A componente relacional diz respeito ao estatuto familiar, profissional, tamanho da rede social e à participação em organizações. A componente funcional contempla o tipo de suporte emocional, informacional, instrumental, material, a qualidade do suporte, e a quantidade do mesmo. A componente estrutural compreende a frequência de contactos, a proximidade física e psicológica, o nível da

relação e reciprocidade. A componente satisfação consiste na utilidade e nível de ajuda percebido pelo indivíduo (Ribeiro, 1999).

No campo das dimensões do suporte social Weiss (1974, *cit in* Ribeiro, 1999) refere seis dimensões: intimidade; integração social; suporte afetivo; mérito; aliança e orientação. Já Dunst e Trivette (1990, *cit in* Ribeiro, 1999) sugerem outras dimensões do suporte social: tamanho da rede social; presença de relações sociais; frequência dos contactos; necessidade do suporte social; tipo e quantidade do suporte social; a concordância entre o suporte social disponível e o que a pessoa necessita; a utilização do suporte social; a dependência; a reciprocidade entre o suporte social recebido e fornecido; proximidade e a satisfação com o suporte social.

O suporte social é um conceito alargado composto por muitas dimensões e que no fundo diz respeito a toda a ajuda que as pessoas/instituições dirigem a outros que dela necessitam.

1.1.4. Instrumentos utilizados para Avaliação do Cuidador Informal

De seguida são apresentados alguns instrumentos de avaliação do cuidador informal.

Burden Interview (BI) Zarit et al. 1980

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Sequeira (2010) sendo designado Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). Na versão original de Zarit esta escala é constituída por 29 questões, as quais incluem aspetos relacionados à saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”. Este instrumento, posteriormente já foi alvo de revisão e de redução do número de questões para 22. Permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

*Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) -
Versão reduzida Martins et al. 2015*

A partir do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal foi criada uma versão reduzida sendo esta composta por 14 itens divididos em sete subescalas: sobrecarga emocional (2 itens); implicações na vida pessoal (2 itens); sobrecarga financeira (2 itens); reação a exigências (2 itens); mecanismos de eficácia e de controlo (2 itens); suporte familiar (2 itens); satisfação com papel e com familiar (2 itens).

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) Sequeira, 2007

Consiste numa escala que avalia 30 possíveis dificuldades. Permite ao cuidador referir se determinada dificuldade se aplica a si e o seu grau de intensidade.

Índice para Avaliação das Estratégias de Coping usadas pelo Cuidador (CAMI) Sequeira, 2010

Esta escala permite avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador. É composta por três partes onde cada uma apresenta um parâmetro de avaliação. A dimensão Lidar com problemas adversos/ resolução de problemas é composta por catorze itens; a dimensão Perceções alternativas sobre a situação composta por quinze itens e a dimensão Lidar com sintomas de stresse é composta por nove itens.

Índice de Avaliação da Satisfação do Cuidador (CASI) Sequeira, 2007

Este instrumento permite avaliar a satisfação do cuidador. É composto por 30 potenciais fontes de satisfação. O cuidador refere se determinada fonte de satisfação está presente na sua vida e o grau de satisfação que lhe proporciona.

Para dar resposta aos objetivos do presente estudo, optou-se por utilizar o QASCI versão reduzida por apresentar na avaliação psicométrica valores consistentes. Avalia as consequências no bem-estar de ser cuidador, a médio e longo prazos e, por ser dirigido para o cuidador na comunidade.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.CONTEXTUALIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA

Este capítulo procura apresentar o concelho onde foi realizado o estudo permitindo a contextualização do mesmo.

Como foi referido anteriormente este estudo integra um estudo mais amplo desenvolvido na ESEP em parceria com a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão que visa desenvolver uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional.

Vila Nova de Famalicão tem o seu começo histórico em 1 de Julho de 1205, com o Foral de D. Sancho I. Alguns historiadores relatam que a povoação hoje designada Vila Nova de Famalicão já era, nos inícios da nacionalidade portuguesa, sede administrativa e judicial da Terra de Vermoim.

Esta cidade é hoje uma terra com frequência mencionada como um dos principais centros culturais, comerciais e industriais do país. Situada e entre as cidades de Braga, Guimarães e Porto, Famalicão é uma cidade de referência no Baixo Minho e no Vale do Ave. Possui uma rica tradição cultural que remonta aos tempos pré-históricos. Os castros no cimo dos montes, as pontes que enlaçam as margens dos rios, as igrejas, a nobreza das casas solarengas, os usos e os costumes do amanhã da terra, a riqueza do artesanato e da gastronomia são um testemunho vivo de uma comunidade de grande diversidade cultural e inovação. É uma terra de

encantos e oportunidades, liderando um dos polos de desenvolvimento do Vale do Ave, a cuja Associação de Municípios pertence, o concelho de Vila Nova de Famalicão, com aproximadamente 140.000 habitantes. Com uma localização privilegiada no noroeste português, entre o Porto e a Galiza (Espanha), o Município de Vila Nova de Famalicão é provido por um cruzamento de autoestradas - A3 (Porto-Vigo) e A7 (Guimarães-Póvoa de Varzim) - e por um serviço de transportes ferroviários de vanguarda, com ligações diretas a Braga, Guimarães, Porto, Vigo, Coimbra, Lisboa e Algarve, entre outros. Vila Nova de Famalicão alberga a sede das maiores e melhores empresas do país em vários sectores da indústria: no têxtil, nos pneus, no vestuário, no sector alimentar, na construção de obras públicas, entre outros.

As suas associações desportivas são caracterizadas pelo dinamismo, a sua oferta cultural é multifacetada tendo o seu máximo expoente na Casa das Artes. Proporciona espaços de turismo rural e religioso organizando as suas festas e romarias e, sem esquecer o seu património cultural e industrial (Portal do Município, 2015).

3.METODOLOGIA

Neste capítulo são descritos, de forma objetiva, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, a população alvo, os instrumentos de colheita de dados e sua aplicação, os métodos utilizados na análise dos dados e considerações éticas.

3.1.Desenho de Investigação

O desenho de investigação é definido por Fortin (2009, p:214) como “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses”. O desenho de investigação serve como guia orientador para a planificação e realização do estudo de maneira a que os objetivos sejam alcançados. Para além disso o desenho de investigação prevê mecanismos para minimizar as potenciais fontes de enviesamento que possam afetar a validade dos resultados do estudo (Burns e Grove, 2003, cit in Fortin, 2009).

O presente estudo assenta no paradigma de investigação quantitativo e é de tipo descritivo transversal. O paradigma quantitativo apoia-se em premissas como o que existe pode ser medido e é orientado para os resultados e a sua generalização (Fortin, 2009). A investigação descritiva visa descobrir novos saberes, utiliza-se quando existe pouco conhecimento acerca de determinado assunto, tendo como principal finalidade esclarecer

as características de um fenómeno (Fortin, 2009). Um estudo transversal visa medir a frequência de um fenómeno numa população num dado momento (Fortin, 2009).

3.2. Objetivos do estudo

A enfermagem, enquanto profissão que visa o cuidar, pode sem dúvida trazer contributos para melhorar a condição de muitos cuidadores informais, visto deter conhecimento científico neste âmbito. Estudando a problemática do Cuidador informal de idosos será possível caracterizar os mesmos e nomeadamente conhecer as suas necessidades. Assim o presente estudo tem como finalidade contribuir para a caracterização do cuidador informal numa comunidade com o intuito de, em articulação com as entidades políticas responsáveis e os serviços de assistência, colaborar no desenho de intervenções adequadas a esta população

Para a realização desta investigação foram delineados alguns objetivos específicos que derivam de um geral - Caracterizar o cuidador informal de idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão, quanto à sua perceção de sobrecarga e satisfação com o suporte social.

- Descrever as características sociodemográficas dos cuidadores informais de idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão;
- Identificar a incidência de perceção de sobrecarga nos cuidadores informais do concelho de Vila Nova de Famalicão;
- Caracterizar a perceção de sobrecarga do cuidador informal de idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão;
- Avaliar a satisfação com o suporte social dos cuidadores informais de idosos do Concelho de Vila Nova de Famalicão;
- Relacionar a perceção de sobrecarga com a satisfação com o suporte social do cuidador informal de idosos, no concelho de Vila Nova de Famalicão.

3.3. População e Amostra

A presente investigação tem como população-alvo todos os cuidadores informais de idosos com algum grau de dependência nas atividades de vida diária, do conselho de Vila Nova de Famalicão. O método de amostragem é não probabilístico intencional e foi constituída em bola de neve por 1342 idosos com idade igual ou superior a 65 anos dos quais só 81 tinham cuidador - em 34 aldeias do conselho de Vila Nova de Famalicão.

Critérios de inclusão: ser cuidador informal de um ou mais idosos com idade ≥ 65 anos, não institucionalizados e a viver no município onde se realizou este estudo.

3.4. Procedimentos

Este estudo integra o projeto de investigação *“Viver bem com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional”* (Martins et. al. 2014), desenvolvido na ESEP e no *Center for Health Technology and Services Research* (CINTESIS), da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), aprovado pela Comissão de Ética - CES do Centro Hospitalar de S. João/FMUP 244-14.

Foi pedida autorização aos autores das escalas para a sua utilização no estudo (anexo II e III).

Para se aplicar os instrumentos de colheita de dados considerou-se oportuno a colaboração de pessoas voluntárias, residentes em cada uma das freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, pois o facto de serem os próprios habitantes das freguesias a questionar os idosos e/ou cuidadores, seria bastante facilitador para a constituição da amostra em estudo. Em articulação com a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e com o envolvimento dos Presidentes de cada uma das Juntas de Freguesia, foi dado conhecimento e divulgado o projeto, no sentido de

sensibilizar e angariar pessoas voluntárias residentes em cada freguesia para colaboração na recolha de dados, através da aplicação dos questionários aos idosos e/ou cuidadores. Foi realizada uma formação pelos investigadores da ESEP que integram o projeto ao grande grupo de voluntários de cada freguesia que se mostrou interessado em frequentar, tendo esta investigadora participado na formação. As temáticas abordadas versaram uma breve introdução à investigação quantitativa, comunicação e aspetos éticos, via *e-learning* e presencial. As duas sessões presenciais destinaram-se ao esclarecimento de dúvidas e treino de aquisição de competências relacionais para aplicação dos questionários. A cada voluntário foi distribuído um cartão de identificação e atribuído um código referente à respetiva freguesia que constava do próprio questionário. Todos possuíam um seguro de saúde realizado pela Câmara Municipal.

Solicitou-se o consentimento aos participantes garantindo-se a confidencialidade dos dados. Os questionários são anónimos e a participação no estudo foi voluntária. Foi dada a opção aos participantes de fazerem o auto preenchimento do questionário ou de serem auxiliados pelos voluntários e/ou investigadora do estudo. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015.

Para a colheita de dados foi utilizado um questionário constituído por caracterização sociodemográfica e duas escalas: QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal) - versão reduzida (Martins et al. 2015) e a ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social) (Ribeiro, 1999) (anexo IV).

A tabela 1 contém os valores de *Alfa de Cronbach* calculados neste estudo para as escalas utilizadas.

Tabela 1: Valores de *Alfa de Cronbach* para as escalas.

	<i>Alfa Cronbach</i>
ESSS	0.844
Satisfação com os Amigos	0.734
Satisfação com a Família	0.557
Intimidade	0.928
Satisfação com as Atividades Sociais	0.779
QASCI	0.663
Sobrecarga Emocional	0.850
Implicações na Vida Pessoal	0.859
Sobrecarga Financeira	0.891
Reação e Exigências	0.759
Mecanismos de Eficácia e de Controlo	0.600
Suporte Familiar	0.898
Satisfação com o Papel e com o Familiar	0.805

O QASCI - versão reduzida é composto por 14 itens divididos em sete subescalas: sobrecarga emocional (2 itens); implicações na vida pessoal (2 itens); sobrecarga financeira (2 itens); reação a exigências (2 itens); mecanismos de eficácia e de controlo (2 itens); suporte familiar (2 itens); satisfação com papel e com familiar (2 itens). Os itens são avaliados numa escala de *Likert*, com as seguintes opções de resposta: não/ nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre. Relativamente à sua fiabilidade as autoras validaram a sua consistência interna, através do cálculo do *Alfa de Cronbach* obtendo valores das subescalas que variam entre 0.59 e 0.82. Na amostra incluída neste estudo, os resultados apresentaram adequada consistência. As subescalas apresentaram valores de *Alfa de Cronbach* entre 0.79 e 0.90, à exceção da subescala de “Mecanismos de eficácia e controlo” que apresentava um *Alfa Cronbach* de 0.60. Contudo, para a escala completa a confiabilidade apresentou um valor “questionável” assumindo um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.66 como se observa na tabela 1.

A ESSS é constituída por 15 itens distribuídos em quatro subescalas: satisfação com os amigos (5 itens), satisfação com a família (3 itens),

intimidade (4 itens) e satisfação com atividades sociais (3 itens). Os itens são avaliados numa escala de *Likert*, com as seguintes opções de resposta: concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem concordo, discordo a maior parte e discordo totalmente. Os pontos de corte estabelecidos para este instrumento definem 0 a 25 pontos como “Baixo Suporte Social”, 26 a 50 pontos como “Médio Suporte Social” e 51 a 71 pontos como “Alto Suporte Social”. Em relação à fiabilidade da escala o autor validou a sua consistência interna, através do cálculo do *Alfa de Cronbach*, tendo obtido no total da escala o valor de 0,85 e nas subescalas os valores variam entre 0.64 e 0.83. Nesta amostra globalmente o instrumento apresentou boa consistência interna tendo sido obtido um valor de *Alfa Cronbach* de 0.84 para a escala completa, como se pode observar na tabela 1. Por sua vez, nas subescalas satisfação com os amigos, satisfação com a família e satisfação com as atividades as sociais os valores de *Alfa Cronbach* foram de 0.73, 0.93 e 0.78, respetivamente. No entanto, a subescala intimidade registou um valor de alfa de apenas 0.56.

Os dados recolhidos foram editados numa base especificamente criada para o efeito com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) sendo efetuadas análises descritivas e inferenciais para a caracterização sociodemográfica e psicossocial dos cuidadores informais.

Foram efetuadas análises correlacionais com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* para averiguar a existência de relações entre a satisfação com o suporte social, a sobrecarga dos cuidadores e características do cuidado prestado.

Recorreu-se a ainda ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para averiguar a distribuição da amostra. Assim, mediante uma distribuição normal, foram utilizados testes *t-student* para amostras independentes na análise das diferenças dos cuidadores informais com ou sem auxílio. A correção de *Bonferroni* não foi no entanto aplicada. Embora contrarie o acréscimo do erro tipo I, assume um carácter muito conservador podendo conduzir a uma perda do poder estatístico ao rejeitar um efeito que de facto existe (Field, 2009).

Foi tido em consideração o nível de significância $p \leq 0.05$. Assumiu-se os valores 0.1, 0.3 e 0.5 respectivamente como efeito pequeno, médio e grande (Field, 2009).

4.RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados do presente estudo.

A tabela 2 ilustra as características sociodemográficas dos cuidadores de idosos com idade igual ou superior a 65 anos do concelho de Vila Nova de Famalicão.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.

Variáveis	N	%
Idade	53.56±10.17	
Sexo		
Feminino	74	91.4
Masculino	7	8.6
Estado Civil		
Solteiro	8	9.9
Casado/União de Facto	61	75.3
Separado	2	2.5
Viúvo(a)	8	9.9
Escolaridade		
Analfabeto	3	3.7
Ensino Básico - 1º Ciclo	27	33.3
Ensino Básico - 2º Ciclo	21	25.9
Ensino Básico - 3º Ciclo	13	16.0
Ensino Secundário	12	14.8
Bacharelato	2	2.5
Licenciatura	3	3.7
Profissão		
Quadros Superiores da Administração Pública	3	3.7
Profissões Intelectuais e Científicas	3	3.7
Pessoal Administrativo e Similares	7	8.6
Pessoal dos Serviços e Vendedores	10	12.3

Agricultura e Pesca	4	4.9
Operários Artífices e Similares	24	29.6
Doméstico	20	24.7
Profissões Não Qualificadas	6	7.4
Operários de Instalações e Máquinas e	1	1.2
Trabalhadores de Montagem		
Situação Profissional		
Empregado	31	38.3
Desempregado	17	21.0
Reformado (p/idade)	16	19.8
Reformado (p/invalidez)	4	4.9
Doméstico	11	13.6
Composição do Agregado Familiar		
1-4	3	3.7
4-6	31	38.3
>6	18	22.2
Agregado Familiar		
Sozinho	1	1.2
Com Cônjuge/Companheiro	15	18.5
Com Cônjuge/Companheiro/Filhos	17	21.0
Com Filhos	6	7.4
Com Pais	6	7.4
Com Cônjuge/Companheiro filhos e pai/mães	21	25.9
Com Outros Familiares	12	14.8
Auto Avaliação do Estado de Saúde		
Muito bom	3	3.7
Bom	61	75.3
Mau	11	13.6
Antecedentes Pessoais		
AVC	3	3.7
HTA	3	3.7
DM	6	7.4
Doença Psiquiátrica	5	6.2
Outro	7	8.6

Os participantes incluídos na amostra apresentavam idades compreendidas entre os 34 e os 82 anos de idade, assumindo uma média de 53.56 anos de idade, 91.4% eram do sexo feminino e 75.3% casados. Pode verificar-se que cerca de 96.3% dos cuidadores incluídos sabiam ler e escrever, sendo que a maioria (33.3 %) concluiu o primeiro ciclo do ensino básico.

Na vertente profissional, apenas 38.3% estavam empregados sendo que os restantes participantes se encontravam desempregados (21%), eram domésticos (13.6%) ou pensionistas (24,7%). Ainda ao nível profissional, os

dados mostraram que da população ativa, a maior parte integrava a categoria profissional de “Operários Artífices e Similares” (29.6%).

O agregado familiar do cuidador é na sua maioria composto por 4 a 6 elementos (59.6%) e constituído pelo cônjuge/companheiro, filhos, pais/mães (38.3%).

De entre outros dados relevantes, verificou-se que 30.9% possuía antecedentes de patologia/psicopatologia. 7.4% dos cuidadores informais têm “Diabetes” e 6.2% dos cuidadores já havia sofrido de “Doença Psiquiátrica”. No entanto, esta amostra classifica o seu estado de saúde maioritariamente num nível “Bom” (75.3%).

A tabela 3 ilustra a caracterização dos cuidados prestados aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos do concelho de Vila Nova de Famalicão.

Tabela 3: Caracterização dos cuidados prestados.

Variáveis	N	%
Coabitação		
Sim	64	79.0
Não	10	12.3
Parentesco		
Filho	45	55.6
Cônjuge	8	9.9
Gerro/Nora	14	17.3
Irmão	1	1.2
Neto	3	3.7
Outro	8	9.9
Tempo de Prestação de Cuidados	8.56±7.42	
Nº. de horas de Prestação de Cuidados (p/dia)	12.35±8.89	
Auxílio na Prestação de Cuidados		
Sim	51	63.0
Não	30	37.0
Colaboração		
Cônjuge	16	19.8
Filhos	16	19.8
Irmãos	9	11.1
Netos	2	2.5
Outros	10	8.6
Nº. horas de Colaboração	7.18±8.09	
Motivo de Ser Cuidador		
Obrigaçã	24	25.9
Afinidade	33	27.2
Fragilidade Económica	3	2.5

Gratidão	14	13.6
Outro	1	1.2
Compensação Monetária Recebida		
Sim	9	11.1
Não	67	82.7
Tipo de Compensação Monetária Recebida		
Família	7	8.6
Serviço Social	1	1.2
Outro	1	1.2
Tipo de Cuidado Prestado		
Supervisão	11	13.6
Orientação	14	17.3
Ajuda Parcial	36	44.4
Substituição	11	13.6
Apoio Social		
Instituição Social	9	11.1
Paróquia	2	2.5
Outro	3	3.7
Tipo de Apoio		
Higiene	8	9.9
Alimentação	5	6,2
Penso	3	3.7
Apoio Económico	1	1.2
Tipo de ajuda que gostava de ter		
Apoio Emocional	7	8.6
Validação da correção dos cuidados prestados	11	13.6
Auxílio nas tarefas de casa	6	7.4
Que alguém ficasse em casa por algum tempo para poder descansar	14	17.3
Que alguém ficasse em casa por algum tempo para cuidar de mim	5	6.2
Ajuda para gerir os conflitos em casa	1	1.2
Explicação de como fazer certos cuidados	6	7.4
Diminuição do medo de errar	3	3.7
Explicação de quanto tempo mais vou cuidar	1	1.2
Apoio de Enfermagem		
Sim	17	21.0
Não	61	75.3
Problemas na Relação		
Sim	6	7.4
Não	72	88.9
Tipo de Problemas na Relação		
Poder	1	1.2
Histórias Antigas	3	3.7
Sobrecarga de Trabalho	2	2.5
Maus Tratos Verbais	1	1.2
Irritabilidade nos últimos 12 meses		
Sim	35	43.2
Não	38	46.9

Agressividade do Recetor de Cuidados		
Sim	2	7.4
Não	60	74.1
Participação em Atividades Sociais		
Sim	15	18.5
Não	59	72.8

Ao nível da caracterização dos cuidados prestados, e tal como apresenta a tabela 3, verifica-se que 79% coabitava com o idoso recetor de cuidados e 55.6% dos cuidadores é filho, correspondendo a segunda maior percentagem a genro/nora (17.3%) seguida dos cônjuges (9.9%).

Os participantes em média prestam cuidados há cerca de 8 anos e meio. Esta amostra despende também em média 12 horas por dia na prestação de cuidados e 63% recebe auxílio/colaboração de cônjuges (19.8%), filhos (19.8%), irmãos (11.1%) ou netos (2.5%) em média 7 horas.

Os cuidadores do Concelho de Vila Nova de Famalicão mostram ainda na sua maioria que o motivo para a prestação de cuidados se deve a afinidade (27.2%). No entanto, ainda uma percentagem considerável entende o cuidado prestado como uma obrigação (25.9%).

No que concerne à compensação monetária, 11.1% dos cuidadores usufruem deste tipo de compensação normativamente pela família (8.6%). O tipo de cuidado prestado pela amostra incluída no estudo foca-se em 44.4% dos casos na ajuda parcial. Apenas 13.6% presta cuidados de substituição ou supervisão.

O apoio social demonstrou ainda ser maioritariamente prestado por uma Instituição Social (11.1%) e um tipo de apoio mais focado na higiene (9.9%). Contudo, qualquer tipo de apoio social só chega a 17.3% desta amostra. Já o apoio de enfermagem é prestado a 21.8% dos cuidadores informais que integram este estudo.

Quando questionados sobre o tipo de ajuda que gostariam de ter, as respostas são diversas. A maioria 17.3% dos cuidadores informais salientam que gostariam de ter alguém em casa por algum tempo para poderem descansar, 13.6% ter validação de que estão a prestar o cuidado adequadamente, 8.6% ter apoio emocional e 7.4% ter quem lhes explicasse como fazer os cuidados ou auxiliasse nas tarefas em casa.

Relativamente à relação entre cuidador e idoso 7.4 % dos participantes admitiam haver problemas entre si e a pessoa que cuidam, na sua maioria 3.7% devido a histórias antigas. Verificou-se ainda que 7.4% dos idosos eram agressivos com os cuidadores.

A existência de dúvidas e preocupações é proeminente nesta população sendo o foco o “Fator Saúde” (16.0%), seguido de preocupações relativas ao “Futuro” (13.6%) e à “Família” (4.9%). Do ponto de vista emocional, 43.2% dos elementos da amostra sentiram-se irritados nos últimos 12 meses e 72.8% não participavam em atividades sociais sendo que destes 100% são homens.

A tabela 4 apresenta a caracterização psicossocial dos Cuidadores Informais relativamente à satisfação com o Suporte Social e à perceção de Sobrecarga.

Tabela 4: Caracterização psicossocial dos Cuidadores Informais, no que refere à satisfação com o Suporte Social e à perceção de Sobrecarga.

Variáveis	Cuidadores Informais	
	M	DP
ESSS	50.96	14.77
Satisfação com os Amigos	16.61	5.31
Satisfação com a Família	11.35	3.92
Intimidade	14.33	4.43
Satisfação com as Atividades Sociais	8.68	3.49
QASCI	43.83	21.43
Sobrecarga Emocional	2.57	0.95
Implicações na Vida Pessoal	2.82	1.19
Sobrecarga Financeira	2.05	1.15
Reação e Exigências	1.99	0.85
Mecanismos de Eficácia e de Controlo	3.66	0.94
Suporte Familiar	3.55	1.23
Satisfação com o Papel e com o Familiar	3.95	1.08

Os participantes incluídos na amostra apresentam satisfação média com suporte social ($M=50.96$, $DP=14.77$). Relativamente à pontuação das subescalas da ESSS, verifica-se que os cuidadores registam melhores pontuações na subescala “Satisfação com os amigos” ($M=16.61$, $DP=5.31$) e piores resultados para a subescala “Satisfação com as atividades sociais” ($M=11.35$, $DP=3.92$). No que se refere à sobrecarga, nesta amostra verifica-se um nível moderado ($M=43.83$, $DP=21.43$). Nas subescalas do QASCI os resultados mostram que a subescala “Satisfação com o papel e com o familiar” ($M=3.95$, $DP=1.08$) apresenta a maior pontuação, indicando maior sobrecarga neste domínio como se pode observar na tabela 4.

Ao relacionar a satisfação com o suporte social e a sobrecarga dos cuidadores informais são visíveis correlações entre as variáveis, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5: Correlações entre os indicadores de satisfação com o Suporte Social e de Sobrecarga dos cuidadores informais.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. ESSS	–															
2. Satisfação com os Amigos	0.900*	–														
3. Satisfação com a Família	0.854*	0.138	–													
4. Intimidade	0.918*	0.744*	0.733*	–												
5. Atividades Sociais	0.738*	0.517*	0.441*	0.662*	–											
6. QASCI	0.510*	0.459*	0.502*	0.477*	0.289**	–										
7. Sobrecarga Emocional	-0.195	-0.113	-0.041	-0.152	-	0.646*	–									
8. Implicações na Vida Pessoal	-0.362*	-0.352**	-0.185	-0.170	-	0.284**	0.659*	0.651*	–							
9. Sobrecarga Financeira	-0.503*	-0.375*	-0.519*	-	-	0.577*	0.328**	0.423*	–							
10. Reação e Exigências	-0.240**	-0.102	-	0.310**	0.297**	0.407*	0.413*	0.340**	0.349**	–						
11. Mecanismos de Eficácia e de Controlo	0.282**	0.222	0.233**	-0.183	0.092	0.197	0.109	-0.156	-0.082	-0.319**	–					
12. Suporte Familiar	0.185	0.138	0.338**	0.074	0.112	0.225	0.163	-0.307**	-0.180	-0.192	0.160	–				
13. Satisfação com o Papel e com o Familiar	0.068	0.115	0.211	0.032	-0.180	0.506*	0.042	0.153	0.016	-0.115	0.228*	0.251*	–			
14. Horas de prestação de cuidados	-0.074	-0.0150	-0.013	0.017	-0.092	0.132	0.317**	0.168	0.141	0.071	0.052	0.129	0.115	-		
15. Duração em anos da prestação de cuidados	0.110	0.066	0.002	0.126	0.197	-0.070	-0.034	-0.096	-0.003	0.073	-0.111	0.107	-	0.024	-	
16. Horas diárias de auxílio	-0.237	-0.296	0.023	-0.283	-0.244	-0.328**	-0.135	-0.375**	-0.372**	-0.261	0.106	0.332*	0.169	0.287	-0.119	-

*p<0.001, **p<0.05

Ao nível das pontuações globais da ESSI e do QASCI, verifica-se uma correlação positiva ($r=0.510, p<0.001$). As subescalas “Implicações com a vida pessoal” ($r=-0.362, p<0.001$), “Sobrecarga financeira” ($r=-0.503, p<0.001$) e “Reações a exigências” ($r=-0.240, p<0.05$) do QASCI assumem uma associação negativa com a pontuação total da ESSI, de médio e elevado efeito. Os resultados apontam ainda para o estabelecimento de relação positiva entre a subescala “Mecanismos de eficácia e de controlo” ($r=0.282, p<0.05$) e a Satisfação com o suporte social. Verificou-se ainda que todas as subescalas da ESSI se correlacionam com a pontuação global do QASCI. Entre as subescalas dos dois instrumentos foi possível encontrar ainda correlações significativas de tamanho e de efeito médio e elevado. A subescala “Satisfação com os amigos” assume correlações negativas com a subescala “Sobrecarga financeira” ($r=-0.352, p<0.05$) e com a subescala “Implicações na vida pessoal” ($r=-0.375, p<0.001$). A subescala “Satisfação com a família” assume uma relação negativa com a subescala “Sobrecarga financeira” ($r=-0.519, p<0.05$) e com subescala “Reações e exigências” ($r=-0.233, p<0.001$), embora se verifique uma associação positiva entre esta subescala da ESSI e as subescalas “Mecanismos de eficácia e de controlo” ($r=0.338, p<0.001$) e a subescala “Suporte familiar” ($r=0.234, p<0.05$). A subescala “Intimidade” também assume uma correlação negativa com a subescala “Sobrecarga financeira” ($r=-0.310, p<0.001$). Por último, a subescala “Atividades sociais” apesar de se associar positivamente com a pontuação total do QASCI ($r=0.289, p<0.001$), relaciona-se negativamente com a “Sobrecarga emocional” ($r=0.284, p<0.001$), as “Implicações na vida pessoal” ($r=0.352, p<0.001$) e a “Sobrecarga financeira” ($r=0.297, p<0.001$).

Foram ainda alvo de análise as relações entre as variáveis psicossociais incluídas e alguns aspetos dos cuidados prestados. Verificou-se assim, que o “Tempo de auxílio na prestação de cuidados” se correlacionava negativamente com a pontuação total do QASCI ($r=0., p<0.001$), com a subescala “Implicações na vida pessoal” ($r=0.328, p<0.001$) e com a subescala “Sobrecarga financeira” ($r=0.372, p<0.001$). Por outro lado, o “Tempo de auxílio na prestação de cuidados” relaciona-se positivamente com a subescala “Suporte familiar” ($r=0.332, p<0.001$). Ao nível das horas diárias de prestação de

cuidados foram encontradas associações positivas com a pontuação da subescala “Sobrecarga emocional” ($r=0.317^{**}$, $p<0.001$).

A tabela 6 apresenta as diferenças na satisfação com o Suporte Social e na perceção de Sobrecarga dos cuidadores, tendo em conta o facto de existir ou não auxílio na prestação de cuidados.

Tabela 6: Diferenças no ajustamento psicossocial dos cuidadores tendo em consideração o auxílio na prestação de cuidados.

Variáveis	Auxílio	Sem Auxílio	t-value	p
	M, DP	M, DP		
ESSS	51.61, 11.35	49.83, 19.58	0.516	0.607
Satisfação com os Amigos	16.80, 4.22	16.28, 6.90	0.425	0.672
Satisfação com a Família	11.45, 3.56	11.17, 4.54	0.304	0.762
Intimidade	14.45, 3.70	14.10, 5.55	0.335	0.738
Satisfação com as Atividades Sociais	8.90, 3.31	8.28, 3.82	0.769	0.444
QASCI	46.25, 16.61	39.70, 27.63	1.335	0.186
Sobrecarga Emocional	2.53, 0.92	2.64, 1.03	-0.469	0.641
Implicações na Vida Pessoal	2.84, 1.24	2.77, 1.10	0.245	0.807
Sobrecarga Financeira	2.02, 1.09	2.12, 1.28	-0.340	0.735
Reação e Exigências	1.97, 0.91	2.04, 0.75	-0.329	0.743
Mecanismos de Eficácia e de Controlo	3.65, 1.01	3.67, 0.81	-0.101	0.920
Suporte Familiar	3.52, 1.29	3.62, 1.13	-0.318	0.752
Satisfação com o Papel e com o Familiar	3.84, 1.19	4.15, 0.83	-1.200	0.234

Não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas como se pode observar nos dados da tabela

5. DISCUSSÃO

Desde 1980 que se tem verificado um interesse na investigação acerca do cuidador informal, que tem continuado amplamente até aos dias de hoje. Há razões para este interesse na área, primeiramente o aumento da esperança média de vida e conseqüentemente no aumento do número de pessoas idosas com problemas de saúde que os tornam dependentes na satisfação das suas atividades de vida diária. Por outro lado, as alterações demográficas como a redução da natalidade. Assim, os cuidadores informais passaram a ser cada vez mais necessários e o seu papel de extrema importância. (Barbosa et al. 2011)

Verificou-se que 91,4% da amostra é composta por mulheres o que é superior aos resultados encontrados por outros estudos, como por exemplo Huang (2015) que verificou que a maioria dos cuidadores (65.74%) era do sexo feminino. Já no estudo de Ahmad (2012) a percentagem de cuidadores femininos era de 80.3% e no estudo de Oliveira et al. (2015) verificaram que os cuidadores de idosos eram predominantemente mulheres (86.0%). Também Barbosa et al. (2011) apuraram que maioritariamente os cuidadores informais, tanto primários quanto secundários, são do sexo feminino. Anjos, Boery e Pereira (2014), no seu estudo realizado num município do interior do Estado da Bahia no Brasil, verificaram que 84,5% dos cuidadores era do sexo feminino.

Na amostra estudada mais de metade dos cuidadores informais eram filhos do idoso, Ahmad (2012) no seu estudo concluiu que mais de quatro quintos dos cuidadores são noras ou filhas do idoso. Anjos, Boery e Pereira

(2014) referem que na sua amostra 77,6% dos cuidadores eram filhos do idoso.

A idade média dos cuidadores desta amostra é de 53,56 anos. No estudo de Anjos, Boery e Pereira (2014) a idade média da sua amostra correspondia a 47,41 anos.

Relativamente à escolaridade, na amostra em estudo 33,3% completou o ensino básico (quatro anos) contudo, existe uma fação de 3,7% de cuidadores que não sabem ler nem escrever. Já segundo Anjos, Boery e Pereira (2014) 44,9% dos cuidadores do seu estudo referiu ter o ensino fundamental incompleto.

Atendendo à condição laboral dos cuidadores na presente amostra 38,3% afirmaram estar empregados e 21% referiram estar desempregados. Estes resultados divergem dos achados de Anjos, Boery e Pereira (2014) já que no seu estudo concluíram que 82,9 % dos cuidadores estavam desempregados.

Como motivos para a assunção do papel de cuidador informal, nesta amostra os dois predominantes são a afinidade e a obrigação, o que vai de encontro a outras investigações realizadas em contextos diferentes. Simonetti e Ferreira (2008 *cit in* Cruz et al., 2010) referem que os cuidadores assumem esse papel pois vêm-no como um dever/obrigação.

Os resultados desta investigação mostram que uma grande percentagem dos cuidadores da amostra não participa em atividades sociais, sendo que destes 100 % são homens. McCann, Bamberg, McCann (2015) referem que cuidar tem repercussões na vida do cuidador incluindo as relações sociais, e estes vêm-se obrigados a restringir alguns aspetos da sua vida. O cuidar pode afetar negativamente a relação com outros membros da família e algumas pessoas sentem-se isoladas da sua rede social (McCann, Bamberg, McCann, 2015). Este achado de que os homens não participam em atividades sociais é inesperado já que tradicionalmente as pessoas do sexo masculino têm tendência a ser mais sociáveis.

Há também repercussões na saúde, contudo nesta amostra 75,3% caracterizavam o seu estado de saúde num nível “bom”. Já Rodrigues et al.

(2014) referem que na sua amostra 44% dos cuidadores informais definiam o seu estado de saúde como regular.

A duração da prestação de cuidados em anos tem efeito na saúde geral dos cuidadores informais, contribuindo também para o isolamento social. Na amostra estudada os cuidadores informais em média desempenham esta tarefa em média há 8.56 anos o que é superior aos achados de outros estudos. No estudo de Anjos, Boery e Pereira (2014) 53,4% da amostra é cuidador há mais de seis anos. Ferreira et al (2010 *cit in* Pimentel, 2013) verificaram que o período de prestação de cuidados da sua amostra era superior a 4 anos, em 43% dos cuidadores.

Verificou-se também que a duração média de prestação de cuidados diária é de 12.35 horas o que é superior ao achado de Rodrigues et al. (2014) já que na sua amostra os participantes cuidavam em média nove hora por dia. Contudo, 82,9% da amostra de cuidadores do estudo de Anjos, Boery e Pereira (2014) afirma dedicar mais de 18 horas por dia ao cuidar.

Ao nível do auxílio na prestação de cuidados verificou-se que grande percentagem da amostra (63%) pode contar com ajuda de outros familiares nomeadamente cônjuges (19.8%) e filhos (19.8%) e que isto está associado a diminuição da sobrecarga. Dos cuidadores que recebem auxílio a média de horas diárias de colaboração é de 7.18 horas. Anjos, Boery e Pereira (2014) revelam que no seu estudo 60,3% dos cuidadores recebem ajuda na prestação de cuidados. Também Crespo e Fernández-Lansac (2014) concluíram que 68.2% dos cuidadores informais que constituíam a sua amostra tinha apoio de outros familiares.

Verifica-se que nesta amostra de cuidadores do concelho de Vila Nova de Famalicão o suporte social é uma realidade e na sua maioria os cuidadores estão satisfeitos com o suporte que lhes é oferecido. Por outro lado, relativamente ao suporte oferecido pela Enfermagem 21.8% dos cuidadores recebem apoio de enfermeiros.

Sendo que a tipologia de prestação de cuidados desta amostra é maioritariamente a ajuda parcial e, tendo em conta o número de participantes conseguidos para a amostra (oitenta e um) ser reduzido, importa salientar que se poderá dever ao facto de, possivelmente, muitos

dos idosos mais dependentes estarem institucionalizados ou no domicílio com um ou mais cuidadores formais para a prestação de cuidados durante as 24 horas. Não havendo nestes casos um cuidador informal responsável pela prestação de todos ou a maior parte dos cuidados necessários.

Os cuidadores incluídos na amostra apresentam satisfação média com suporte social e um nível moderado de percepção de sobrecarga. Verificou-se uma correlação positiva entre a satisfação com o suporte social e a percepção de sobrecarga. Isto pode dever-se ao facto de a sobrecarga ser devida à componente psicológica emocional de cuidar de um idoso com patologia de foro mental, nomeadamente Demência. Noutra perspetiva uma pequena fração dos cuidadores (7.4%) revela ter problemas com o idoso devido sobretudo a histórias antigas, o que pode também ser um fator de aumento de sobrecarga do cuidador. Este achado vai de encontro ao que refere Sequeira (2007), a história de vida do cuidador com o idoso dependente é relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As vivências de conflito promovem a percepção de consequências negativas, em que as relações interpessoais passadas afetam o comportamento presente entre ambos.

Verificou-se que quanto maior a satisfação com o suporte social menores são as implicações na vida pessoal, diminui a sobrecarga financeira e as reações a exigências. Numa perspetiva idêntica Pino-Casado et al. (2014) referem que o suporte social percebido tem um efeito protetor na sobrecarga subjetiva, já que os parâmetros anteriores constituem componentes da sobrecarga. Constatámos que nesta amostra especificamente a satisfação com os amigos é também um fator que contribui para a diminuição das implicações do cuidar na vida pessoal do cuidador. Por sua vez a satisfação com a família parece ter influência no aumento dos mecanismos de eficácia e de controlo e do suporte familiar.

Apurou-se nesta amostra que a participação em atividades sociais e de lazer promove a diminuição da sobrecarga emocional, das implicações do cuidar na vida pessoal e da sobrecarga financeira. Losada et al. (2010) concluíram que o tempo de lazer dos cuidadores está associado a menores níveis de sobrecarga.

Verificou-se também que quantas mais horas o cuidador dedica ao cuidar maior será a sobrecarga emocional. Em concordância Anjos, Boery e Pereira (2014) referem que em conjunto o tempo de cuidado em anos e o número de horas dedicado a cuidar podem contribuir para uma maior percepção de sobrecarga.

Por outro lado, apurou-se que o tempo de auxílio na prestação de cuidados tem um efeito positivo no nível de sobrecarga, nomeadamente na diminuição das implicações do cuidar na vida pessoal. Flores, Rivas e Seguel (2012) concluíram que os cuidadores informais que recebiam apoio de duas ou mais instituições tinham menos sobrecarga do que os que não usufruíam de apoio de qualquer instituição ou apenas de uma.

Também foi visível que o auxílio na prestação de cuidados tem relação positiva com o suporte familiar, sendo que nesta amostra a maior parte das pessoas que fornecem auxílio na prestação de cuidados são familiares do cuidador.

Ao nível da avaliação do ajustamento psicossocial, tendo em consideração o auxílio prestado, não existiram diferenças significativas para os grupos com ou sem auxílio. Este facto mostra que a sobrecarga e a satisfação com o suporte social não parecem ser influenciadas por esse fator.

6. CONCLUSÃO

Conhecer o cuidador informal do concelho de Vila Nova de Famalicão é um indicador relevante para uma avaliação situacional da participação das famílias na assistência ao idoso.

Os resultados deste estudo reiteram estudos que vêm sendo realizados e confirmam importantes evidências. O pequeno tamanho da sua amostra constitui uma limitação à sua caracterização, no entanto é também importante salientar que esta retrata uma realidade do concelho de Vila Nova de Famalicão, que maioritariamente tem idosos ativos e independentes a viver em comunidade, já que dos 1322 idosos apenas 81 tinham cuidadores.

- ✓ Das características sociodemográficas dos cuidadores de idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão salientamos que 91.4% dos cuidadores são do sexo feminino, 75.3% são casados, com uma idade média de 53.56 anos, com um mínimo de 34 e um máximo de 82 anos. No que se refere à escolaridade, 33.3% têm o primeiro ciclo do ensino básico (4 anos). 38,3% conjugam o emprego com a prestação de cuidados ao idoso.
- ✓ Relativamente às características familiares podemos afirmar que 92% dos cuidadores têm uma relação de parentesco com a pessoa que cuidam e 79% co-habita com o idosos; 63% têm auxílio por parte de outro familiar para os cuidados.
- ✓ Analogamente no que diz respeito às consequências do cuidado, 7.4% referem ter problemas com as pessoas que cuidam; 43,2% sentiram-se irritados nos últimos 12 meses; 21% recebem apoio de

enfermeiros; 72,8% não participam em atividades sociais (sendo que destes 100% são homens); 16% preocupam-se com a saúde, 13,6% com o futuro e 4,9% com a família.

- ✓ No que diz respeito à ajuda que gostariam de ter 17,3% salientam que gostariam de ter alguém em casa por algum tempo para descansar; 13,6% ter validação de que estão a fazer bem o cuidado, 8,6% ter apoio emocional e 7,4% ter quem lhes explicasse como fazer os cuidados ou auxiliasse nas tarefas em casa.
- ✓ No nosso estudo verifica-se em média uma sobrecarga moderada para todos os cuidadores informais incluídos (M=43.83). A satisfação com o suporte social assume também um nível médio (M=50.96).
- ✓ Existe ainda uma correlação positiva entre sobrecarga global e satisfação com o suporte social. No entanto, são encontradas associações negativas que mostram que níveis superiores de satisfação com o suporte social conduzem a menos implicações na vida pessoal, à diminuição da sobrecarga financeira e à diminuição das reações às exigências.

Ainda que os nossos resultados reflitam uma realidade local, estes aportam contribuições para a caracterização dos cuidadores informais e a prestação de cuidados a idosos com idade igual ou superior a 65 anos, sendo de destacar o apoio dos enfermeiros não só no cuidado direto ao idoso como também no apoio ao cuidador, assim como a perceção de apoio e suporte social neste concelho.

No desenvolvimento deste estudo surgiram algumas dificuldades pessoais e decorrentes do mesmo que no entanto foram superadas com esforço e ajuda dos amigos, familiares próximos, colegas e todos os envolvidos neste estudo, que permitiram o alcançar dos objetivos previamente delineados.

Muitas são certamente as limitações deste estudo, mas a que reportamos como a principal para além da dimensão da amostra é sem dúvida a ausência da associação de metodologias qualitativas como a

entrevista, na recolha de dados. Acreditamos que esta estratégia teria permitido evidenciar que tipos de apoio dispõem dos seus familiares estes cuidadores, quais são os problemas que emergem entre cuidador e recetor de cuidados e que razões estão na base da ausência de participação nas atividades sociais.

Acreditamos que os métodos quantitativos e qualitativos não são incompatíveis, complementam-se, no entanto, o desenvolvimento temporal do estudo convida-nos a fazer opções exequíveis que limitam as nossas conclusões. Sugere-se por essa razão, a realização de estudos similares, que possibilitem caracterizar esta realidade e sejam promotoras de ações/intervenções por parte de enfermagem que auxiliem estas populações na resolução dos seus problemas no âmbito do envelhecimento.

Este percurso de investigação revelou ser um percurso exaustivo e moroso, mas também motivador e desafiante, dando lugar a novas aprendizagens e realizações, permitindo-nos partilhar conhecimento em congressos internacionais e a realização de um artigo publicado em livro de atas.

Acreditamos que este é um dos muitos passos a trilhar neste percurso de investigação que iniciámos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMAD, Khalil. Informal Caregiving to Chronically Ill Older Family Members: Caregivers' Experiences and Problems. *A Research Journal of South Asian Studies*. 2012, vol. 27, N. 1, pp.101-120;
- Alzheimer's Association. Alzheimer's Association Report 2014 Alzheimer's disease facts and figures Alzheimer's and Dementia 10 (2014) e47-e92;
- ANDRADE, C. Ana Margarita Espín. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012, vol.38(3), pp:393-402;
- ANDRÉ, Susana et al. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013, III Série - n.º 11, pp. 85-94;
- ANJOS, Karla et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2015, 20 (5), pp:1321-1330;
- ANJOS, Karla; BOERY, Rita; PEREIRA, Rafael. Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014, Vol. 23(3) pp.600-8;
- BARBOSA, Ana et al. Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*. 2011, vol. 15, N. 4, pp. 490-499;
- CARRETERO, Stephanie et al.The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009, Vol.49, pp.74-79;
- COLANTONIO, Angela et al. What Support Do Caregivers of Elderly Want? Results from the Canadian Study of Health and Aging. *REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE*. 2001, vol.92, N.5, pp. 376-379;
- CRESPO , María; FERNÁNDEZ-LANSAC , Violeta. Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health*. 2014, Vol. 18:4, 454-462;
- CRUZ, Dídia et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, III Série - nº 2, pp. 127-136;
- Declaração de 18 de Fevereiro de 2011. D. R., II.ª série. N.º 35, pp. 8669 8673;

- Eurostat Statistics Explained. Population structure and ageing [Em linha]. 2015, [consultado em 05-7-2015]. Disponível na World Wide Web:http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing;
- FACO, V. e MELCHIORI, L. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. *Aprendizagem e desenvolvimento humano*. 2009, pp.121-135;
- FERREIRA, Maria Amélia Leite. *Ser cuidador da pessoa com doença avançada em contexto comunitário: percepções e vivências*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2013;
- FIELD, A. *Discovering statistics using SPSS*. 3ªed. London: SAGE Publications. 2009;
- FLORES, Elizabeth; RIVAS, Edith; SEGUÉL, Fredy. Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de Adulto Mayor con Dependencia Severa. *Ciencia Y Enfermería*. 2012, vol. XVIII, pp.29-41;
- FORTIN, M. F. *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 1999;
- GALERA S.; LUIS M. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Rev Esc Enferm USP*, 2002, vol.36(2), pp.141-147;
- GARCÉS, J. et al. A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, 50, pp.254-259;
- HUANG, Huei-ling et al. Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2015;
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas demográficas 2012 [Em linha]. 2013, [consultado em 24-10-2014]. Disponível na World Wide Web:<
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=151772777&PUBLICACOESmodo=2>;
- LAGE, Maria I. Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2007. Tese de Doutoramento;
- LIMPAWATTANA, Panita et al. Caregivers Burden of Older Adults with Chronic Illnesses in the Community: A Cross-Sectional Study. *J Community Health*, Khon Kaen, 2012, nº38, pp. 40-45;
- LOPES, Lúcia. A Satisfação do Suporte Social e a Qualidade de Vida Doentes de Internamento da Unidade Hospitalar de Bragança. Faculdade de Medicina, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2011. Tese de Mestrado;
- LOPEZ-HARTMANN, Maja et al. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 2012, vol. 12. pp.1568-4156;
- LOSADA, Andrés et al. Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, vol. 50, pp. 347-350;

- MARQUES, Maria J.; TEIXEIRA, Helena; SOUZA, Dayse. Cuidadoras informais de Portugal: Vivências do cuidar de idosos. *Trab. Educ. Saúde*. 2012, vol. 10 n. 1, pp. 47-159;
- MARTINS, T.; RIBEIRO, J.; GARRETT, C.. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2003, pp. 131-148;
- MARTINS, Teresa. Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Rev Esc Enferm USP*. 2015, vol.49(2), pp.236-244;
- MCCANN, Terence V.; BAMBERG, John; MCCANN, Flora. Family carers' experience of caring for an older parent with severe and persistent mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2015, Vol. 24, pp.203-212;
- MELEIS, Afaf, et al. - *Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range theory*. Advanced In Nursing Science. 2000;
- OLIVEIRA, Gabriela R. et al. Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *PSYCHOGERIATRICS*. 2015, vol. 15, pp.123 - 132;
- PEREIRA, Maria Julia de Sá Barboza; FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. Juiz de Fora 2008;
- PIMENTEL, Maria Helena. Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB. N.1, Bragança, 2013;
- PINO-CASADO, Rafael; FRÍAS-OSUNA, Antonio; PALOMINO-MORAL, Pedro. Subjective Burden and Cultural Motives for Caregiving in Informal Caregivers of Older People. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011, 43:3, pp. 282-291;
- PINO-CASADO, Rafael; MILLAN-COBO, Martín David; PALOMINO-MORAL, Pedro A.; FRIAS-OSUNA, Antonio. Cultural Correlates of Burden in Primary Caregivers of Older Relatives: A Cross-sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46:3, 176-186;
- RATCLIFFE, Julie, et al. An assessment of the relationship between informal caring and quality of life in older community-dwelling adults - more positives than negatives? *Health and Social Care in the Community*, 2013, 21 (1), pp. 35-46;
- RIBEIRO, J.P.L. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa : CLIMEPSI, 1999;
- RICARTE , Luís. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado;
- Rocha, Miguel Parrinha e Pacheco, José Eusébio Palma. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 2013, pp. 50 - 56;
- RODGER, Daragh; NEILL, Mary; NUGENT, Linda. Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. *British Journal of Community Nursing*, 2015, vol. 20, nº. 6, pp. 280 - 285;

- RODRIGUES, João et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciencia Y Enfermeria*, 2014, vol. XX, 119-129;
- RODRIGUES, Marta. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal - versão reduzida. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado;
- Sá, Luís Octávio de. *Saúde mental versus doença mental*. Porto : Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010;
- SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel, 2010;
- SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora, 2007;
- SEQUEIRA, Carlos. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2010, II Série, n.º 12, pp.9-16;
- SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. e CERQUEIRA, M.. Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar, 2004;
- STUART, G. W.; LARAIA, T. *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática*. Porto Alegre : Artmed Editora. 2001;
- VIEIRA, Chrystiany; FIALHO, Ana; MOREIRA, Tereza. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. *Texto Contexto Enfermagem*. 2011, 20 (1), pp. 160-166;
- Vila Nova de Famalicão. Portal do município. [Em linha] 2015 [consult. 8 Abril 2015]. Disponível em http://www.cm-vnfamalicao.pt/_historia;
- WACHHOLZ, P.; SANTOS, R.; WOLF, L.. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2013, Vol.16, nº3, pp.513-526;
- WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. WMHD Materials. *World Federation for Mental Health*. [Online] Outubro 10, 2013. [Cited: Março 05, 2015.] http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2013_wmhday_english.pdf;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health and Older Adults. [Em linha] 2013 [consult. 5 Março 2015]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>;
- ZAGONEL, I.P.S. - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*.1999, vol. 7, n. 3, pp. 25-32;
- ZEGWAARD, Marin et al. Review: a conceptual model of perceived burden of informal caregivers for older persons with a severe functional psychiatric syndrome and concomitant problematic behavior. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, nº 20, pp. 2233-2258.

ANEXOS

ANEXO I - Artigo

Título: Caracterización de la sobrecarga de cuidadores informales en mayores de 65 años

Autores: Anabela Araújo; Júlia Martinho, Manuela Martins

Resumen:

Este estudio forma parte del proyecto "Vivir bien con más edad: en familia o con apoyo institucional" que é desarrollado en conjunto con un ayuntamiento de una región del norte de Portugal y tiene como objetivo estudiar la realidad de las personas mayores de 65 años, los modelos de asistencia y apoyo disponibles para ellos en las familias o en las instituciones, centrando los estudios en sus opiniones y en la sostenibilidad de los profesionales de diversas áreas.

Tiene como fin contribuir para una articulación de la política y el bienestar en salud garantizando la calidad de vida a las personas de más de 65 años en un medio ambiente sostenible, agradable y seguro.

El proyecto de investigación está organizada por los sub-estudios (Estudio 1: Mayores de edad avanzada que viven con la familia; Estudio 2: Mayores de edad avanzada que viven en Instituciones; Estudio 3: Modelos asistenciales y Estudio 4: Potencial y limitaciones de las políticas e organizaciones).

Usamos el método mixto (estudios cuantitativos y cualitativos) para que se complementen entre sí en el cumplimiento de los objetivos previstos.

El abordaje a los participantes (mayores con más de 65 años, familias, profesionales de la salud, directores de organizaciones) se realizará en un único acceso (contemplando un instrumento con las diferentes variables en estudio, aunque el análisis se efectúe en diferentes momentos). Las técnicas de recolección de datos son diferenciados (cuestionarios, entrevistas, grupos focales) teniendo en cuenta el acceso preferencial y facilitador de los participantes.

Este artículo expone los resultados del primer sub-estudio acerca de los mayores con más de 65 años que viven en familia y tienen un cuidador.

La razón de ser de lo estudio es identificar las necesidades y desarrollar con mayor sustentabilidad estructuras de soporte e apoyo que mejor respondan a las necesidades identificadas en los cuidadores de los mayores de edad con más de 65 años en esta área geográfica.

Palabras clave: Cuidadores; Ancianos; Estrés psicológico; Calidad de vida.

Introducción

El envejecimiento de la población, como consecuencia de la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha dado lugar a un aumento de las situaciones de dependencia y consecuentemente desencadenado nuevas necesidades de salud. Por lo tanto, el aumento de la necesidad de atención de la población de edad avanzada requiere un mayor cuidado por los cuidadores informales (Sequeira, 2010).

El cuidador informal responde a las necesidades de la persona, que les permite ser cuidados en sus hogares, integrados en la dinámica familiar, lo que disminuye el número de hospitalizaciones y por lo tanto los costos para el sistema de salud.

En su revisión sistemática sobre los efectos de las intervenciones para apoyar a los cuidadores informales de ancianos frágiles que viven en la comunidad, López-Hartmann, et al (2012) reportaron que los cuidadores informales son generalmente miembros de la familia, amigos o vecinos que se responsabilizan del suministro regular de atención domiciliaria a las personas mayores, no siendo profesionales o voluntarios de organizaciones sociales.

Desde que el cuidado más a menudo cae en la familia, surge también el concepto de los cuidadores familiares, que designa el miembro de la familia

que cuida de lo familiar, sin gozar de sueldo (Rodrigues, 2011) y colabora dentro de sus posibilidades con las actividades de vida de las personas dependientes, independientemente de su formación o experiencia previa de vida (Rocha e Pacheco ,2013).

La transición para el rol de cuidador informal puede ser lento y en muchos casos, se convierten en una realidad antes de que la persona sea consciente de ello. Morris (1993) establece que cuidar a un familiar dependiente ni siempre es una actividad consciente, ya que a menudo los cuidadores lo interpretan como una extensión de las relaciones personales y familiares en lugar de una actividad. Convertirse en un cuidador es un camino que no está previsto ni elegido y cómo evoluciona depende de factores objetivos relacionados con las características de la enfermedad, las habilidades del cuidador y la posición que el cuidador ocupa en la familia .

De acuerdo con algunas revisiones de literatura las razones subyacentes a la asunción del rol de cuidador se relacionan con factores afines con: el cuidador (dependencia financiera, el cumplimiento de una promesa (deber / obligación), la situación de desempleo o jubilación, la tradición familiar, el hecho de no querer a la institucionalización, el respeto por la voluntad de los ancianos o creer que el cuidado es un acto de gratitud / retribución); las personas mayores (estado de salud o el rechazo de institucionalización) y por último, las destinadas a la familia y la comunidad (disponibilidad de otros cuidadores y la (in)existencia de las fuentes financieras y sociales) (Winter, Bouldin e Andresen, 2010).

El cuidador se enfrenta a varias dificultades derivadas de su función. Las dificultades más comunes se centran en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y financieras (Fernandes e Garcia, 2009; Cruz et al, 2010) y por lo general generan "carga" que surge de cuidar a un miembro de la familia que luchan con una condición de enfermedad (Limpawattana et al. 2013).

En nuestra opinión, el conocimiento del contexto de los cuidadores informales, así como los problemas derivados de la atención a personas con más de 65 años permitirá el diseño de políticas y la organización de la

atención articulada proporcionando una respuesta más adecuada a las necesidades identificadas, este es el propósito de este estudio, que fue desarrollado integrado en asociación con el Ayuntamiento de la región donde se desarrolló esta investigación.

Objetivos: Caracterizar los cuidadores informales de mayores de 65 años en comunidad y relacionar algunas variables socio clínicas con la sobrecarga.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2015, en una región del norte de Portugal. La muestra fue no probabilística intencional constituida en bola de nieve por 1342 personas mayores de 65 años de los cuales solo 81 tenían cuidador, que contestaron la Escala QUASCI-VR (Martins, et al.,2015) con 14 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que evalúan las consecuencias en el ben estar a medio e longo plazos por ser cuidador. Se realizó un análisis comparativo de los datos mediante la prueba t de Student comparando las diferencias entre variables socio clínicas en cuanto a la frecuencia de sobrecarga y el análisis de chi-cuadrado para examinar la independencia de las variables.

Resultados: 91,4% sexo femenino, 75,3% casados, 75,3% con enseño básico, edad media de 53,6 años, 38,3% tienen empleo. 92% tienen una relación de parentesco con la persona que cuidan y 79% cohabita con él. 66,7% tiene auxilio por parte de otro familiar para los cuidados. Los cuidados que prestan son de ayuda parcial en 48,1%, de supervisión y orientación en 30,9% y 13,6% de sustitución en las tareas. 17,3% dispone de apoyo para tareas de higiene y alimentación. Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y a sub escala satisfacción con el papel y lo familiar $p=0,011$. Existe correlación entre el sexo de los cuidadores y la sub escala soporte familiar $r=3,26$ $p=0,004$ y correlación negativa entre el nivel de escolaridad y a sobrecarga financiera $r=-306$ $p=0,008$ y a sub escala reacciones a exigencias $r=-251$ $p=0,029$. Hay correlación negativa entre la compensación económica por cuidar e a sub escala mecanismos de eficacia y controle $r=-324$ $p=0,005$ y correlación

negativa entre las horas de prestación de cuidados y la sub escala sobrecarga emocional $r=317$ $p=0,011$. Correlación positiva moderada entre el esclarecer dudas, hablar de miedos y preocupaciones y el apoyo de enfermería $r=549$ $p=0,000$.

Discusión: Diversos estudios tienen buscado caracterizar los cuidadores siendo sus resultados similares al nuestro (Gratao et al.,2012; Loureiro et al,2013). Los familiares son los principales cuidadores informales, generalmente hijas o esposa. En nuestro estudio verifica-se un promedio de sobrecarga superior en los hombres. La ayuda que necesitan son en las tareas domésticas para disponer de tiempo para descansar, así como apoyo emocional (escucha, validación de los cuidados prestados, gestión de conflictos) y conocimiento para disminuir el miedo de errar. Comparando el nivel de educación y la respuesta a las demandas de atención de lo familiar cuidado este estudio contradice los resultados de Martins, Cunha, Guerreiro & Marques (2014).

Implicaciones para la práctica: aunque nuestros resultados reflejan una realidad local, estos aportan contribuciones hace la caracterización de los cuidadores informales y la prestación de atención a mayores de 65 años que destacan el apoyo de las enfermeras no sólo en el cuidado de las personas mayores, sino también en el apoyo al cuidador.

Bibliografía

Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2),127-136.

Fernandes, MGM; Garcia, TR (2009) Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*, Brasília; 62(1),57-63.

Gratao, AC M, Vendruscolo, TR P, Talmelli, LFS, Figueiredo, LC, Santos, J L F, Rodrigues, R AP (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2),304-312.

Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J (2013). Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *J Community Health*, 38, 40-5

López-Hartmann,M.; Wens,J; Verhoeven, V.; Remmen,R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*,12:e133

Loureiro, LSN, Fernandes, MGM, Marques, S, Nobrega, MML, Rodrigues, Partezani, RA. (2013). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5),1129-1136.

Martins, L; Cunha, M.; Guerreiro, D; Marques, M. (2015) Correlatos psicológicos de cuidadores informais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1),17-29

Martins, T.; Peixoto, M. J., Araújo, F., Rodrigues, M., & Pires, F. (2015) Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Rev. esc. enferm. USP* [online].49 (2),0236-0244.

Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*.1993;43,2412–2414.


Rocha, M. P. e Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*,26(1),50 – 56.

Rodrigues, M. (2011) Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – versão reduzida. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Winter, KH.; Bouldin,ED;. Andresen, EM. (2010) Lack of Choice in Caregiving Decision and Caregiver Risk of Stress, North Carolina, 2005. *Preventing chronic disease: public health research, practice, and politice*,7(2),1-11.


ANEXO II - Apresentação para congresso

XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
19th International Nursing Research Conference
Quencia, España
17-20 Noviembre 2016



CARACTERIZACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMALES EN MAYORES DE 65 AÑOS

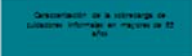



Anabela Araújo; **Júlia Martinho**; Manuela Martins

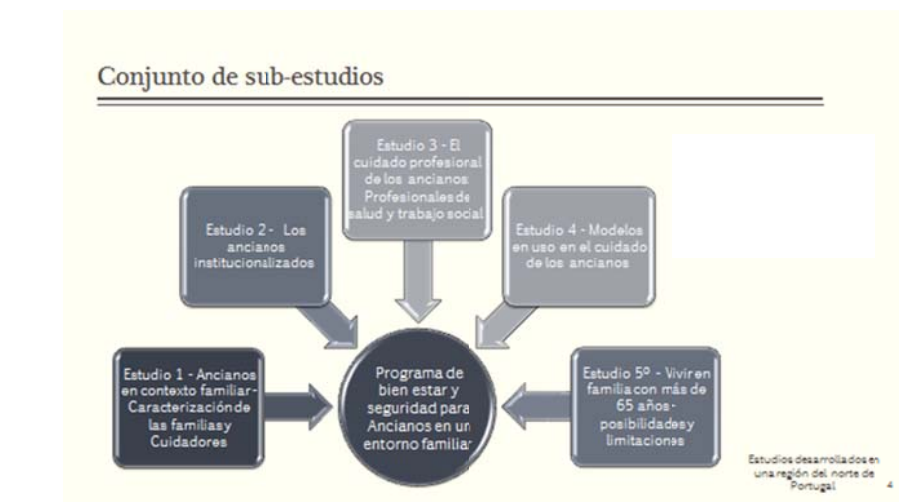



Declaro no tener ningún potencial conflicto de interés

Justificación

- Las personas mayores (65 y más) son el 18,5% de la población de la UE-28 (Eurostat,2015);
- Con el aumento de la población de más de 65 años estamos viendo un envejecimiento de la propia población de edad avanzada. (INE,2009);
- En las generaciones mayores, van surgiendo las enfermedades crónicas con problemas de incapacidad, que tarde o temprano van a necesitar de apoyo familiar,social y de salud (Montezuma, Freitas e Monteiro, 2008);
- La incapacidad afecta la edad avanzada , siendo que la incapacidad grave es más frecuente en las mujeres y los grupos con más de 75 años (Gil,2010);
- En más del 30% de los hogares portugueses vivían menos un anciano de más de 65 años (Corta, A., 2012)
- Si no fuera por el apoyo de los cuidadores informales, especialmente los familiares directos, más del 80% de los ancianos tendrían que ser ingresados en residencias de ancianos (DECO, 2011).



Método

Objetivos	Caracterizar los cuidadores informales de mayores de 65 años en comunidad y relacionar algunas variables socio clínicas con la sobrecarga.
Diseño	Estudio cuantitativo, transversal
Muestra	Não Probabilística intencional constituida en bola de nieve por 1342 personas mayores de 65 años de los cuales solo 81 tenían cuidador - en 34 aldeas de un región del norte de Portugal. Criterios de inclusión: ser cuidador de un o mas ancianos con Edad \geq 65 años, no institucionalizado y a vivir en el municipio adonde se realizó el estudio.
Procedimientos	Parecer favorable de la comisión de ética para la salud. Se ha obtenido el consentimiento libre y esclarecido de los participantes. Recolección de datos desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2015, en una región del norte de Portugal.
Materiales	Cuestionario (variables sociodemográficas, y la Escala QUASCI-VR (Martins, et al., 2014) con 14 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que evalúan las consecuencias en el bienestar a medio e largo plazos por ser cuidador.

Resultados

Características sociodemográficas

- 91,4% de los participantes son de sexo femenino,
- 75,3% son casados,
- La edad media de los participantes es de 53,6 años (SD=10,11) años, con un mínimo de 34 y un máximo de 82 años.
- En lo que se refiere a la escolaridad, 3,7% no estudiaran, 75,3% tienen el ensino básico (4 años), 14,8 el ensino secundario (12 años) , y 6,2% tienen un curso superior.
- De estos, 38,3% tienen empleo, 25,3% están jubilados, 21,5% están desempleados y 14,9% cuidan de sus casas .

Gratificación de la entrega de
cuidados informales en hogares de EE
EUU



Julia Gasenfar



Resultados

Características familiares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 92% de los participantes tienen una relación de parentesco con la persona que cuidan y 79% cohabita con él; ✓ 66,7% tiene auxilio por parte de otro familiar para los cuidados.
Características cuidado	<p>Los cuidados que prestan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ de ayuda parcial en 48,1%; ☐ de supervisión y orientación en 30,9%; ☐ 13,6% de sustitución en las tareas; ◆ 17,3% dispone de apoyo para tareas de higiene y alimentación.
Consecuencias de cuidar	<ul style="list-style-type: none"> • 8,64% refiere tener problemas con las personas que cuidan; • 43,2% Se sienten enojados en los últimos 12 meses; • 20,9% reciben apoyo de los enfermeros; • 79,7% no participan en actividades sociales (siendo que de estos 100% de los hombres no participan); • 38,5 se preocupan con el futuro, 34,6% con la salud y 12,8% con la familia.
Ayuda que gustaría de tener	<ul style="list-style-type: none"> ○ 17,9% tener alguien en casa por algún tiempo para descansar; ○ 14,1% tener validación de que está haciendo bien el cuidado; ○ 9,46% tener Apoyo emocional (que les escucharan) ○ 8,1% tener quien les explicara como hacer los cuidados

Resultados

Existe correlación negativa entre...	r	p
El nivel de escolaridad y sobrecarga financiera	r=-306**	p=0,008
Correlación negativa entre el nivel de escolaridad y a sub escala reacciones a exigencias	r=-251 *	p=0,029
Correlación negativa entre la compensación económica por cuidar e a sub escala mecanismos de eficacia y control	r=-324**	p=0,005

Existe correlación positiva entre...	r	p
El sexo de los cuidadores y la sub escala soporte familiar	r=326 **	p=0,004
las horas de prestación de cuidados y la sub escala sobrecarga emocional	r=317 *	p=0,011
moderada entre el esclarecer dudas, hablar de miedos y preocupaciones y el apoyo de enfermería	r=549**	p=0,000

** Correlación significa al nivel de 0,01
* Correlación significa al nivel de 0,05

Resultados

Existe Correlación positiva entre ...		
Los problemas entre los cuidadores e a persona que cuidan y Alguna vez a persona que cuidan tratan los cuidadores de forma brusca	,445**	pe,000
Los problemas entre los cuidadores e a persona que cuidan y Alguna vez ha sido agresivos con la persona que cuidan	,557**	pe,000
Los problemas entre los cuidadores e a persona que cuidan y sentirse enojado en los últimos 12 meses	,310**	pe,008
Sentirse enojado en los últimos 12 meses y la sobrecarga emocional	,539**	pe,001
Las implicaciones en la vida personal y la sobrecarga emocional	,651**	pe,000
La sobrecarga emocional y las reacciones a las exigencias	,413**	pe,000
La sobrecarga financiera y la sobrecarga emocional	,314**	pe,006
La satisfacción familiar y la intimidad	,543**	pe,000
La satisfacción familiar y las actividades sociales	,612**	pe,000
La satisfacción familiar y la satisfacción con los amigos	,623**	pe,000
La satisfacción del papel familiar y las actividades sociales	,276*	pe,017

** Correlación significativa al nivel de 0,01
* Correlación significativa al nivel de 0,05

9

Discussión

- Diversos estudios tienen buscado caracterizar los cuidadores siendo sus resultados similares al nuestro (Gratao et al., 2012; Loureiro et al., 2013).
- Los familiares son los principales cuidadores informales, generalmente hijas o esposas.
- En nuestro estudio verifica-se un promedio de sobrecarga superior en los hombres.
- La ayuda que necesitan son en las tareas domésticas para disponer de tiempo para descansar, así como apoyo emocional (escucha, validación de los cuidados prestados, gestión de conflictos) y conocimiento para disminuir el miedo de errar.
- Comparando el nivel de educación y la respuesta a las demandas de atención de lo familiar cuidado este estudio contradice los resultados de Martins, Cunha, Guerreiro & Marques (2014).

Desenvolvimento de a sobrecarga de cuidadores informais em Portugal de 10 anos



julia@esenf.pt



10

Implicaciones para la práctica:

Aunque nuestros resultados reflejan una realidad local, estos aportan contribuciones a la caracterización de los cuidadores informales y la prestación de atención a mayores de 65 años que destacan el apoyo de las enfermeras no sólo en el cuidado de las personas mayores, sino también en el apoyo al cuidador.

Referencias bibliográficas

- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 127-136.
- Fernandes, MGM, Garcia, TR (2009) Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*, Brasília; 62(1), 57-63.
- Gratao, ACM, Vendruscolo, TR P, Talmelli, LFS, Figueiredo, LC, Santos, J L F, Rodrigues, R AP (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 304-312.
- Gil, A. P. M. (2010). Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior.
- Montezuma, C. A., Freitas, M. C., Monteiro, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de enfermagem* (2008) 395-404. [http:// www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a11.htm)
- Loureiro, LSN, Fernandes, MGM, Marques, S, Nóbrega, MML, Rodrigues, Partezani, RA. (2013). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1129-1136.
- Martins, L; Cunha, M; Guerreiro, D; Marques, M. (2015) Correlatos psicológicos de cuidadores informais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1), 17-29
- Martins, T; Peixoto, M. J., Araújo, F., Rodrigues, M., & Pires, F. (2015) Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Rev. esc. enferm. USP [online]*, 49 (2), 0236-0244

Desenvolvimento de a sobrecarga de cuidadores informais em Portugal de 10 anos



julia@esenf.pt



11

CARACTERIZACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMALES EN MAYORES DE 65 AÑOS

Anabela Araújo, ~~Júlia Martinho~~, Manuela Martins

e-mail: julia@esenf.pt



Gracias!

ANEXO III - Autorização para utilização da ESSS

Outlook.com - anabela.ara... x Lista de resultados: (&q... x 20150427100725_736857... x

Microsoft Corporation [US] <https://dub128.mail.live.com/?tid=cv9DE3E244I74VXDUAiCY8tQ2&fid=flsearch&srch=1&skws=pais%20ribeiro&sdr=4&satt=0>

Facebook Gmail Hotmail YouTube JN FontainhasTV Outros marcadores

Outlook.com Novo Responder Eliminar Arquivar Lixo Varrer Mover para Categorias

pais ribeiro

Pastas

A Receber 8

Arquivo

Lixo

Rascunhos 18

Enviado

Eliminado

Resultados da Pesquisa

Nova pasta

Categorias

Documentos 3

Importante

Nova categoria

Pedido de autorização para utilização do Instrumento de Avaliação "Escala de Satisfação com o Suporte Social"

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) Adicionar aos contactos 03-12-2014 | Para: anabela.araujo@outlook.pt

Ações

Autorizo a utilização da ESSS

Informo que na minha página, na secção books, encontra o manual da escala que pode ser baixado para o seu computador

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications


De: Anabela Araújo [anabela.araujo@outlook.pt]
Enviado: terça-feira, 2 de Dezembro de 2014 18:50
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Pedido de autorização para utilização do Instrumento de Avaliação "Escala de Satisfação com o Suporte Social"

© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Programadores Português (Portugal)

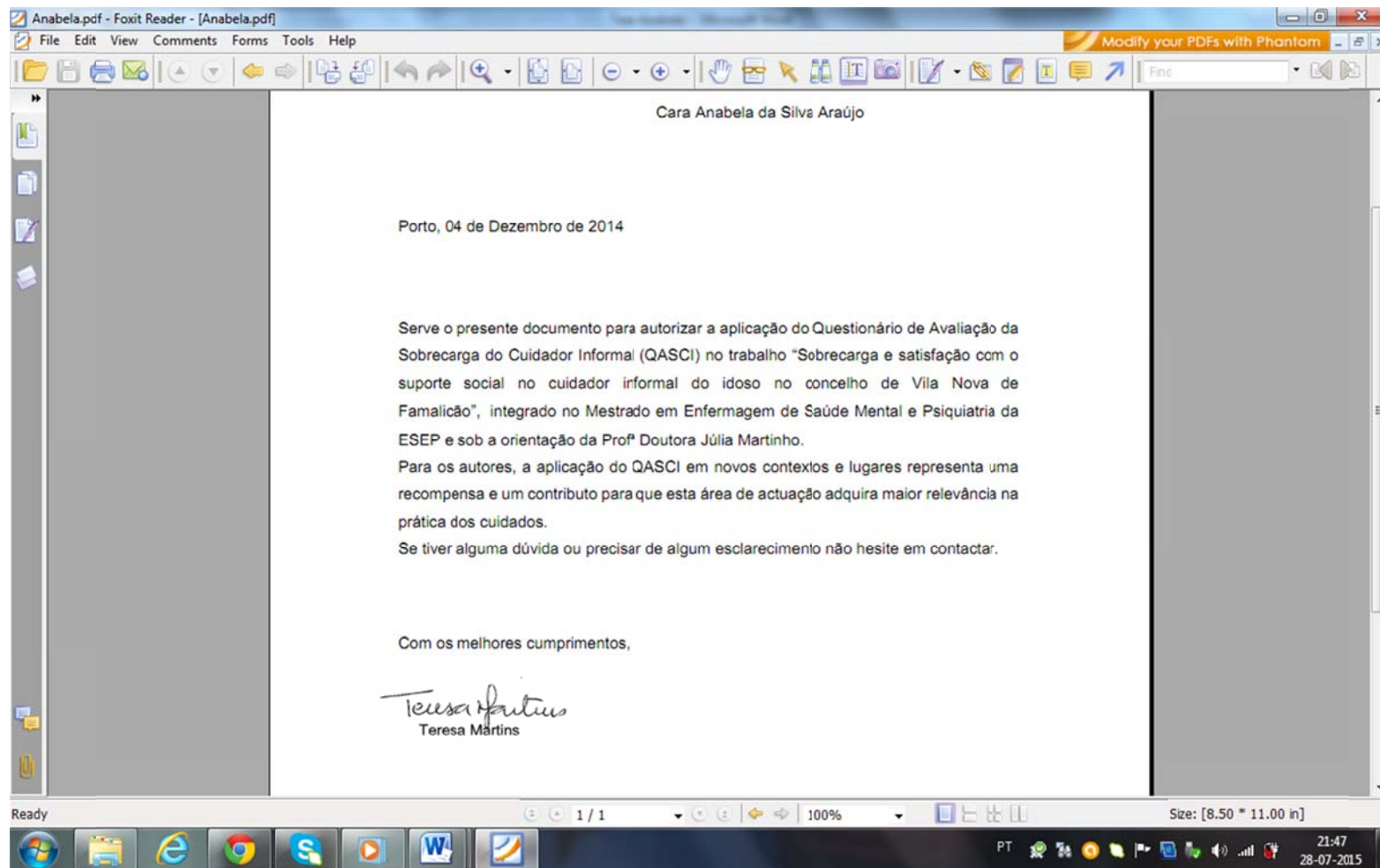
Examinando the cogni...pdf psychiatry researchpdf Caregiving across th...pdf psychogeriatrics p. 1...pdf

Mostrar todas as transferências...

21:43 28-07-2015



Anexo IV - Autorização para utilização da QASCI



ANEXO V - Instrumento de colheita de dados

CONSENTIMENTO:

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a seguinte declaração:

"Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo de forma clara e detalhada, que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a minha participação se assim o desejar."

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:**Como preencher este questionário?**

As perguntas serão respondidas, preenchendo com uma cruz no quadrado referente à resposta que pretende assinalar. Se não quiser responder, por favor não assinale a resposta e deixe em branco.

PARTE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados de identificação do questionário (IDOSO):

Dados de identificação do questionário (CUIDADOR):

Preenchimento do questionário:

Cuidador informal Entrevistador

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: (anos completos): _____**3. Alfabetismo:**

Sabe ler? Sim Não

Sabe escrever? Sim Não

4. Escolaridade (completa):

Nenhuma

Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)

Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)

Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)

Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedéutico)

Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a) / União de facto

Divorciado(a)

Separado(a)

Viúvo(a)

6. Profissão:

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

Profissões intelectuais e científicas

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca

Operários, artífices e trabalhadores similares

- Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- Profissões não qualificadas
- Doméstico(a)
- Forças armadas

7. Situação profissional:

- Empregado (a)
- Desempregado(a)
- Reformado(a) por idade
- Reformado (a) por invalidez
- Estudante
- Doméstico (a)
- Outro: _____

8. Composição do agregado familiar (nº de elementos): _____

8.1. Com quem vive?

- Sozinho (a)
- Com conjugue ou companheiro(a)
- Com conjugue ou companheiro(a) e filhos
- Com filhos (as)
- Com os pais
- Com conjugue ou companheiro(a), filhos (as) e pai / mãe
- Com outros familiares: _____

8.2. Coabita com a pessoa que cuida? Sim Não

9. Relação de parentesco com o recetor de cuidados:

- Cônjuge
- Filho
- Genro/Nora
- Irmão (a)
- Neto (a)
- Outro: _____

10. Há quanto tempo assumiu o papel de cuidador (anos completos)? _____

11. Existem outras pessoas que o auxiliam a cuidar da pessoa que cuida? Sim Não

11.1. Em caso afirmativo, quem auxilia?

- Cônjuge
- Filho (a)
- Irmão (a)
- Neto (a)
- Outro: _____

12. Que motivos o (a) levaram a assumir este papel?

- Obrigação
- Afinidade

- Fragilidade económica
- Gratidão
- Outro: _____

12.1. Recebe alguma compensação monetária por prestar este cuidado? Sim Não

12.2. Em caso afirmativo, de quem recebe essa compensação:

- Família
- Serviço social
- Outro: _____

13. Que tipo de cuidados presta à pessoa que cuida?

- Supervisão
- Orientação
- Ajuda-parcial
- Substituição

14. Quanto tempo por dia dedica a cuidar da pessoa que cuida (nº de horas)? _____

15. Quantas horas dispõe de ajuda? _____

16. Recebe algum tipo de apoio social? Sim Não

16.1. Em caso afirmativo, de quem recebe o apoio social?

- Instituição social
- Paróquia
- Centro de saúde
- Outro: _____

16.2. Que tipo de apoio recebe?

- Cuidados domiciliários: Higiene Alimentação
- Cuidados enfermagem: Penso Algaliação Entubação
 Aspiração de secreções Outros: _____
- Apoio emocional
- Apoio económico
- Outro: _____

17. No decorrer da prestação de cuidados que ajuda gostava de ter? (se tiver mais de uma opção coloque por ordem de preferência: 1,2,3...)

- Apoio emocional (que me ouvissem)
- Validação de que estou a fazer bem os cuidados que presto
- Auxílio nas minhas tarefas em casa
- Auxílio com as compras
- Que alguém ficasse em casa por algum tempo: para poder descansar
 para sair para cuidar de mim
- Que me ajudassem a gerir os conflitos em casa
- Que me explicassem como fazer certos cuidados
- Que me diminuíssem o meu medo de errar
- Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a cuidar
- Outro: _____

18. Recebe apoio por parte de enfermeiros relativamente ao cuidar? Sim Não

18.1. Tem oportunidade para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações? Sim Não

19. Habitualmente existem problemas entre si e a pessoa que cuida? Sim Não

19.1. Em caso de resposta afirmativa, que tipo de problemas tem com a pessoa que cuida?

- Questão de dinheiro
- Questão de poder
- Histórias antigas
- Sobrecarga de trabalho
- Maus tratos verbais
- Outras situações: _____

20. Nos últimos 12 meses sentiu-se irritado? Sim Não

20.1. Em caso de resposta afirmativa, com que frequência ocorreu esta situação?

- Uma vez
- Algumas vezes
- Bastantes vezes
- Muitas vezes

20.2. Alguma vez o(a) tratou de forma brusca a pessoa que cuida? Sim Não

20.3. Alguma vez foi agressivo com a pessoa que cuida? Sim Não

21. Participa em atividades sociais? Sim Não

22. Como considera o seu estado de saúde, neste momento?

- Muito Bom
- Bom
- Mau
- Muito mau

22.1. Antecedentes pessoais de saúde: Sim Não

22.1.1. Em caso afirmativo, quais?

- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Hipertensão arterial (HTA)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Doença psiquiátrica
- Outro: _____

23. Qual a sua principal preocupação hoje?

- Não tem preocupações
- Saúde
- Família
- Dinheiro
- O dia de amanhã (futuro)
- Segurança
- Outras (descreva): _____

PARTE II

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Versão reduzida

Leia com atenção as seguintes afirmações e para cada uma delas seleccione com um círculo o número que corresponde à resposta que mais se adequa a si.

<u>Nas últimas 4 semanas</u>	Não/ Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
Sobrecarga Emocional					
1. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
2. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Implicações na Vida Pessoal					
3. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Sobrecarga Financeira					
5. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Reações a Exigências					
7. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
8. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
Mecanismo de Eficácia e de Controlo					
9. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
10. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
Suporte Familiar					
11. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
12. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
Satisfação com o Papel e com o Familiar					
13. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
14. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Escala de Satisfação Suporte Social (ESSS)

Leia com atenção as seguintes afirmações e para cada uma delas seleccione com um círculo a letra que corresponde à resposta que mais se adequa a si.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
	A	B	C	D	E
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, etc.)	A	B	C	D	E

Muito obrigado pela sua colaboração!