

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO
IDOSO DEPENDENTE E ALVO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA:
Um estudo transversal-descritivo**

Pedro Diogo Freitas Dantas

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

**Funchal,
2020**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO
IDOSO DEPENDENTE E ALVO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA:
Um estudo transversal-descritivo**

Pedro Diogo Freitas Dantas

Orientadora: Prof.^a Doutora Bruna Raquel Gouveia

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020

DEDICATÓRIA

Ao meu Avô, que desde sempre apoiou os meus devaneios e ânsia por ver e querer mais,
explorar e aprender, crescer e ser alguém...

Para ti, que estas sempre aqui, ao meu lado e dentro do meu coração a olhar por mim...

Para sempre!

Para a Inês, a minha alma gémea, que apesar da tormenta e das inúmeras horas de
ausência, aguentou, cuidou e apoiou a minha decisão de seguir em frente e perseguir os
meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny por ter proporcionado a oportunidade e as condições para desenvolver novas competências e crescer como pessoa e profissional de saúde.

À Prof.^a Doutora Bruna Gouveia pelo apoio, aconselhamento e paciência para com as inúmeras dúvidas e inseguranças. Pelos conselhos amigos sugestões e orientação, um muito obrigado.

Aos meus pais, porque sem vocês nada seria possível.

À Inês e ao Tomás, os pilares da minha existência.

Aos meus amigos, pela presença constante e incentivo, pela ajuda e paciência, vocês sabem quem são. Um muito obrigado!

Aos idosos e seus cuidadores informais, por se terem disponibilizado para colaborar nos questionários, por vezes extensos e consumidores de tempo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram presentes e ajudaram nesta longa caminhada.

RESUMO

ENQUADRAMENTO: As alterações demográficas da população mundial, têm como consequência uma sociedade cada vez mais envelhecida, com progressivo aumento de pessoas em situação de dependência domiciliar, e que necessitam de assistência de familiares para dar resposta às suas necessidades básicas. Neste contexto, emerge como foco de atenção o cuidador informal do idoso dependente.

OBJETIVOS: Caracterizar o cuidador informal do idoso dependente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e descrever os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal da pessoa dependente, com recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador.

DESENHO DO ESTUDO: Estudo quantitativo, transversal e descritivo.

RESULTADOS: Dos 72 cuidadores informais inquiridos, 41 apresentaram sobrecarga intensa e 8 sobrecarga ligeira, o que perfaz uma amostra com uma sobrecarga total de 68,1%. A maioria dos participantes tinha mais de 50 anos (73,6%), com uma média de idade de 59,4 anos, eram do género feminino (70,8%), casados com o idoso dependente (63,9%), maioritariamente com o 1º ciclo do ensino básico (61,1%), a maior parte reformado ou inválido (38,9%), cônjuge ou filho(a) do idoso dependente (72,2%), e, em média, passavam mais de 12 horas a cuidar (43,1%), com os cuidados a se prolongar no tempo por mais de 3 anos (55,6%).

CONCLUSÃO: O presente estudo confirma que os cuidadores informais estavam sobrecarregados e traça o seu perfil sociodemográfico. No futuro, devem ser delineadas e implementadas, por parte do EEER, estratégias que tenham em conta as características individuais dos cuidadores, no sentido de diminuir a sobrecarga dos mesmos.

A intervenção do EEER deve passar pela caracterização e identificação das necessidades dos cuidadores informais para posteriormente planear intervenções individualizadas e dirigidas para a pessoa/ cuidador/ família, permitindo assim, melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso.

Palavras-chave: sobrecarga, cuidador informal, escala de sobrecarga do cuidador, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

BACKGROUND: The demographic changes of the world population, result in an increasingly aging society, with a progressive increase in people in a situation of household dependency, and who need assistance from family members to respond to their most basic needs. In this context, the informal caregiver of the dependent elderly emerges as a focus of attention.

OBJECTIVES: To characterize the informal caregiver of the dependent elderly, who is the target of rehabilitation nursing care in the RAM and to describe the levels of burden presented by the informal caregiver of the dependent person, using the Caregiver's Overload Scale.

STUDY DESIGN: Quantitative, cross-sectional and descriptive study.

RESULTS: Of the 72 informal caregivers surveyed, 41 had an intense burden and 8 a light burden, which makes up a sample with a total burden of 68.1%. Most participants are over 50 years old (73.6%) with an average age of 59.4 years old, are female (70.8%), married to the dependent elderly (63.9%), mostly with the 1st cycle of basic education (61.1%), mostly retired or disabled (38.9%), spouse or child of the dependent elderly (72.2%), and who, on average, spends more than 12 hours of care (43.1%) with care lasting more than 3 years (55.6%).

CONCLUSION: The present study confirms that informal caregivers were overloaded and outlines their sociodemographic profile. In the future, strategies that take into account the individual characteristics of caregivers should be designed and implemented by the rehabilitation nurse, in order to reduce their burden.

The intervention of the rehabilitation nurse must go through the characterization and identification of the needs of informal caregivers in order to subsequently plan individualized interventions aimed at the person / caregiver / family, thus improving the caregiver's quality of life and positively influencing the provision of care to the elderly.

Keywords: burden, informal caregiver, caregiver burden scale, rehabilitation nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diárias

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida Diária

CI – Cuidador Informal

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Expectativas face ao cuidar

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESC – Escala de Sobrecarga do cuidador

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HTA – Hipertensão Arterial

IPC – Impacto da prestação de cuidados

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

n – Número de casos numa amostra

N – Número total de casos

n.º – Número

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Perceção de autoeficácia

RAA - Região Autónoma do Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

RI – Relação interpessoal

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

UILD – Unidade de Internamento de longa duração

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO.....	21
1.1. Alterações demográficas da população	23
1.1.1. Alterações demográficas da população em Portugal	26
1.1.2. Alterações demográficas da população na Ilha da Madeira.....	28
1.2. O papel do EEER e a problemática da dependência.....	30
1.3. A sobrecarga do cuidador informal.....	35
1.3.1. Legislação em Vigor	39
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO ESTUDO	43
2.1. Desenho do estudo	45
2.2. Participantes do estudo.....	45
2.3. Variáveis em estudo.....	46
2.4. Instrumento de colheita de dados	47
2.5. Considerações éticas.....	50
2.6. Processo de colheita de dados.....	52
2.7. Tratamento e análise de dados	52
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	53
3.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais	55
3.2. Caracterização do nível de sobrecarga dos cuidadores informais com recurso à ESC.....	61
3.3. Caraterização do nível de sobrecarga dos cuidadores informais com recurso à análise dos principais fatores de sobrecarga da ESC	65
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	71
4.1. Discussão dos resultados	73
4.2. Pontos fortes e limitações do estudo.....	81

CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	i
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESC NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	iii
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO SESARAM, E.P.E.	iv
ANEXO C – FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE.....	vii
ANEXO D – FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO	x

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos cuidadores informais pelos vários contextos da prática	55
Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores informais por grupo etário.....	56
Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores informais por género	56
Tabela 4 - Distribuição dos cuidadores informais por estado civil.....	57
Tabela 5 - Distribuição dos cuidadores informais por grau de escolaridade	57
Tabela 6 - Distribuição dos cuidadores informais por situação profissional	58
Tabela 7 - Distribuição dos cuidadores informais por relação de parentesco com o idoso dependente	58
Tabela 8 - Caracterização da situação de vida do cuidador informal	59
Tabela 9 - Caracterização do estado de saúde do cuidador informal.....	60
Tabela 10 - Caracterização do tempo de prestação de cuidados.....	61
Tabela 11 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC	62
Tabela 12 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC e o género.....	62
Tabela 13 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC e o grupo etário	63
Tabela 14 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC e o estado civil	63
Tabela 15 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC e o tempo despendido diariamente em prestação de cuidados	64
Tabela 16 - Distribuição dos cuidadores informais por níveis de sobrecarga da ESC e o período de prestação de cuidados (meses/anos)	65
Tabela 17 - Distribuição dos cuidadores informais pelos principais fatores de sobrecarga	66
Tabela 18 - Itens do fator de sobrecarga, impacto da prestação de cuidados	67
Tabela 19 - Itens do fator de sobrecarga, relação interpessoal	68
Tabela 20 - Itens do fator de sobrecarga, expectativas face ao cuidar	69
Tabela 21 - Itens do fator de sobrecarga, perceção de autoeficácia.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)	28
Figura 2 - Pirâmides etárias da RAM 2013, 2017, 2080.....	30
Figura 3 - Escala de sobrecarga do cuidador	48

INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização moderna que a velhice é uma preocupação da humanidade, principalmente por existir a crença de que é um processo inalterável (WHO, 2015).

Atualmente as sociedades definidas como "desenvolvidas" caracterizam-se por um processo de envelhecimento como resultado do declínio na taxa de natalidade, dos avanços na medicina e pela melhoria das condições de higiene e sanitárias, que levam à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da esperança média de vida (DGS, 2014). Associado ao aumento da esperança média de vida, surge também um aumento da prevalência das doenças crónicas e o aumento de pessoas em situação de dependência, relacionada com fatores externos especialmente comportamentais, sociais e ambientais, e fatores internos tais como individuais, biológicos, genéticos e psicológicos ambos associados ao envelhecimento e que influenciam a autonomia dos idosos (Sequeira, 2010).

Esse envelhecimento populacional conduziu a um aumento de situações de dependência e de necessidades assistenciais na mesma medida, e, por conseguinte, desencadeou novas necessidades em saúde. Em 2015 as pessoas com 65 ou mais anos correspondiam a 18,5% da população Europeia e 30% das famílias possuíam idosos a seu cargo (WHO, 2015). No mesmo ano em Portugal, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente e a esperança média de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (Pordata, 2018). O índice de envelhecimento português passou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015, o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (Pordata, 2018).

Face ao exposto e segundo Sequeira (2010) o aumento da necessidade de cuidados da população idosa implica maior assistência por parte dos cuidadores informais. Neste contexto surge uma maior exigência para os cuidados de saúde, que por vezes são complexos e alongam-se por extensos períodos de tempo, e em que os cuidadores informais ocupam um lugar privilegiado no cuidar da pessoa idosa, sendo fundamentais na manutenção da sua qualidade de vida (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

Ao longo do tempo temos vindo a assistir a um crescente aumento do interesse por parte dos investigadores no que diz respeito à problemática inerente aos cuidadores informais. A investigação científica centrada na questão dos cuidadores de pessoas dependentes e residentes em meio familiar tem sido estudada em diversos países e, em Portugal, são também vários os trabalhos científicos que abordam a questão da dinâmica do desempenho do papel de prestador de cuidados.

Estima-se que existam mais de 125 milhões de cuidadores na Europa (European Association Working for Carers, 2017). Cerca de 80% desses cuidados são fornecidos por cuidadores informais, principalmente mulheres, frequentemente com um custo para os cuidadores em termos de saúde, bem-estar social e económico (Hoffmann & Rodrigues, 2010). Calcula-se que 42% dos cuidadores não trabalhadores estão entre os 25% da população mais pobre (último quartil de rendimento mais baixo) do seu respetivo país. O valor económico do cuidado informal representa 50 a 90% dos custos totais dos cuidados continuados nos estados membros da União Europeia (MTSSS, 2017).

Mesmo em países com uma rede de cuidados continuados bem desenvolvida, estima-se que o número de cuidadores informais é duas vezes maior do que o número de cuidadores formais (Ferrer, 2015).

Foi estimado que o valor do trabalho realizado pelos cuidadores informais em Portugal, tendo por referência o salário mínimo mensal, aproxima-se dos 4 biliões de euros anuais (MTSSS, 2017).

Em setembro de 2019 foi publicada em Diário da República a Lei nº 100/2019 que regula os direitos e deveres dos cuidadores informais, bem como da pessoa cuidada, e estabelece medidas de apoio. Contudo, carecem ainda de regulamentação as condições e os termos do reconhecimento do cuidador informal, bem como a manutenção do estatuto, os quais serão regulados por diploma próprio no futuro.

O conhecimento do contexto dos cuidadores informais, por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, bem como dos problemas decorrentes do cuidar, poderá contribuir para o desenvolvimento de respostas aos mesmos, disponibilizando maior atenção às necessidades do cuidador informal.

Neste sentido, e indo ao encontro do regulamento n.º 125/2011, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), este profissional deve atuar por forma a dirigir as suas ações tendo em conta as dificuldades da pessoa que cuida e que é cuidada, sendo o seu principal objetivo preparar os

cuidadores e ajudá-los a interiorizar competências para o cuidado informal, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de ambos. Assim o enfermeiro deverá igualmente providenciar a aquisição de material clínico e de ajudas técnicas adequadas, quer às necessidades da pessoa idosa dependente, quer às do seu cuidador, por forma a melhor desempenhar as tarefas de cuidar (Araújo, Paúl, & Martins, 2008).

O presente estudo surge no âmbito do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação lecionado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), e nasce como resultado de uma proposta de um projeto conjunto de investigação - “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização” (ER-RAM) - orientado pela docente Professora Doutora Bruna Gouveia cujo objetivo foi a caracterização da enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM), estudando os seus vários intervenientes, os clientes alvo de cuidados, o seu cuidador informal, e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Numa pesquisa preliminar verificou-se uma limitação da evidência na RAM sobre as pessoas alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, assim como, da própria intervenção desta área especializada de enfermagem. Neste trâmite, cada mestrando debruçou-se sobre uma temática de particular interesse para a Enfermagem de Reabilitação e optou-se pelo tema da sobrecarga do cuidador informal.

Este tema tornou-se num foco de interesse e de motivação pessoal, pela necessidade de estudo dos cuidadores informais por forma a melhor adequar e direcionar os cuidados de enfermagem de reabilitação, no sentido de aliviar a possível sobrecarga que possa existir por parte dos mesmos.

Desta forma surge a seguinte questão de investigação: “Quais os níveis de sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM?”.

Em que tem-se como objetivos:

1. Caraterizar o cuidador informal do idoso dependente, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM;
2. Descrever os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal do idoso dependente, com recurso à escala de sobrecarga do cuidador.

O presente estudo assenta no paradigma da investigação quantitativa e é do tipo transversal e descritivo. Pelo que a estrutura do presente trabalho descreve as etapas de um estudo quantitativo e divide-se em quatro capítulos.

O primeiro compreende o enquadramento concetual, onde são desenvolvidas as temáticas das alterações demográficas no mundo, com enfoque em Portugal e na RAM, a problemática da dependência e a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Por fim é abordado o tema do cuidador informal, a sua importância, o seu papel na sociedade e a legislação recentemente publicada em Portugal para proteger e regular os direitos e deveres dos cuidadores informais, bem como da pessoa cuidada, estabelecendo medidas de apoio. De igual modo ainda neste capítulo é exposto o estado da arte.

O segundo capítulo é composto pela metodologia do estudo, onde são descritos de forma objetiva, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação e análise dos resultados, seguindo-se o quarto capítulo composto pela discussão, em que são analisados os estudos já realizados, identificando as limitações e pontos fortes do presente estudo.

Este trabalho segue as recomendações internacionais descritas na *guideline STROBE Statement* (von Elm, et al., 2007) e rege-se pelas normas desenvolvidas pela APA, 6º edição (American Psychological Association, 2010), normas orientadoras dos trabalhos desenvolvidos na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO

1.1. Alterações demográficas da população

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e de saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade. Com a evolução na ciência e tecnologia ligada à área da saúde, temos vindo a assistir a um aumento da esperança média de vida e como consequência, a um aumento da população com idade superior a 65 anos (WHO, 2015).

Quando falamos de envelhecimento temos que distinguir pelo menos dois conceitos, o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo (Rosa, 2016).

O envelhecimento individual pode ser dividido em cronológico e biopsicológico. O cronológico diz respeito à idade, e é um processo inevitável, progressivo e universal, que faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano (Rosa, 2016). A nível biológico o envelhecimento está associado a um aumento de danos moleculares e celulares. Com o tempo esses danos levam a uma perda gradual do ponto de vista fisiológico, levando a um aumento do risco de contrair as mais variadas doenças, conduzindo a um declínio generalizado da capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

O envelhecimento biopsicológico é mais inespecífico, varia de pessoa para pessoa, e é influenciado pelos hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que cada um se insere (Rosa, 2016).

A OMS define o envelhecimento individual como um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (WHO, 2015).

Ainda neste contexto, podem verificar-se alterações a nível psicológico associadas às pessoas idosas. As perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio, são alguns exemplos. No entanto, algumas opiniões da comunidade científica defendem que estas alterações são facilmente compensadas por uma maior sabedoria que estas pessoas podem transmitir resultante da experiência de vida que adquiram (WHO, 2015).

O envelhecimento coletivo também inclui duas noções que são necessárias distinguir, o envelhecimento demográfico ou populacional, e o envelhecimento societal, ou da sociedade (Rosa, 2016).

A perspetiva demográfica pode ser definida como o aumento da proporção das pessoas idosas na população total e uma diminuição da população jovem ou em idade ativa. Isto verifica-se quando são analisados os indicadores sintéticos como é o caso do aumento da idade média de uma população e aumento do índice de envelhecimento. Tudo isto leva a alterações demográficas das populações conduzindo inevitavelmente a mudanças das pirâmides etárias de cada país (PORDATA, Retrato de Portugal, 2018).

O envelhecimento societal está intimamente ligado ao envelhecimento demográfico pois leva a uma maior fragilidade da economia, por conduzir a uma diminuição da população ativa e por conseguinte do número de pessoas que são geradoras de riqueza. Gera também uma desaceleração do ritmo de inovação, um aumento dos custos indiretos com o trabalho e o aumento de despesas com saúde, entre outros (Rosa, 2016).

As pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais. Os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, sendo também um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. A estes fatores associam-se a maior permeabilidade a determinadas doenças físicas, bem como algumas características individuais que se podem manifestar ou vivenciar de forma diferente em cada um dos sexos. Socialmente também não é raro encontrar situações deficitárias em relações familiares ou sociais. O isolamento, e outras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (WHO, 2015).

Em última análise, o fenómeno do envelhecimento resulta de uma transição demográfica, com a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

Presentemente, a OMS (2015) estabelece a definição de pessoa idosa conforme o nível socioeconómico de cada país. Em países subdesenvolvidos é considerado idoso todas as pessoas que atingem os 60 anos de idade, por outro lado, em países desenvolvidos a idade aumenta para os 65 anos (WHO, 2015). Por sua vez, o Conselho da Europa e a Organização

de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considera idosos todos os indivíduos com idades a partir dos 65 anos, inclusive (Almeida, 2006).

Em 2002 projetava-se que globalmente a proporção de pessoas com 65 anos ou mais iria aumentar mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025 era esperado um aumento de 694 milhões de pessoas, ou seja, um crescimento de 223 %. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 800 milhões de pessoas com mais de 65 anos. Até 2050 haverá 1,5 bilhões, estando 80% dessas pessoas em países desenvolvidos (WHO, 2002).

Atualmente existem 700 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, facto que infelizmente comprova as estimativas realizadas em 2002. Estima-se que até 2100 esse número possa ascender aos 2,4 bilhões de pessoas (valor médio) a nível global (United Nations, 2019).

Em 2050, a esperança média de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 para o ano de 2002. Este fenómeno ocorre devido à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade (WHO, 2002), e estas previsões verificam-se atualmente e são confirmadas pelos mais recentes dados das nações unidas (United Nations, 2019).

Na Europa a tendência de declínio da fecundidade, que afeta diretamente o crescimento e a estrutura populacional dos diferentes países, acentuou-se a partir da década de 60 do século passado. A queda da natalidade não é, no entanto, o efeito direto de uma causa única, mas parece ser motivada por uma multiplicidade de fatores que, transversalmente a toda a Europa, se refletiram, primeira e diretamente, num declínio do número de filhos, agravado mais tarde pelo efeito do adiamento da idade em que se têm filhos (Santos, 2016).

Neste contexto de diminuição e adiamento da fecundidade, Portugal não foi exceção. Embora nos anos 60 o ISF¹ e a TBR² fossem sustentáveis para o país, situando-se nos 3,20 filhos e 1,56 filhas por mulher essa tendência desvaneceu-se nos anos seguintes e, em 2012, o país registou um ISF abaixo de 1,3 filhos e uma TBR de 0,62 filhas por mulher,

¹ Índice Sintético de Fecundidade mede o número médio de filhos por mulher num determinado ano, admitindo que as taxas de fecundidade por idades observadas no ano em análise se manterão constantes ao longo do curso de vida fértil destas mulheres. Para que a substituição de gerações seja assegurada, é necessário que cada mulher tenha em média 2,1 filhos (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

² A taxa bruta de reprodução é o número médio de filhas nascidas por cada mulher em idade fértil. Para que a substituição de gerações seja assegurada, é preciso que cada mulher tenha em média uma filha (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

valor apontado na literatura como lowest-low (o mais baixo de entre os baixos) e que em décadas anteriores já caracterizava outros países do Sul da Europa (INE, Indicadores Demográficos, 2019).

O ISF abaixo de 1,5 filhos e o TBR abaixo de 1 filha por mulher, é considerado preocupante do ponto de vista demográfico, não só pelo reflexo direto da queda do número de nascimentos, mas pelas suas implicações no processo de envelhecimento e de declínio demográfico (Santos, 2016).

A título de curiosidade, em 2018, os valores quer de ISF quer de TBR viram uma ligeira subida (ISF – 1,41 e TBR – 0,69), ainda assim insuficientes, para garantir a renovação das gerações da população portuguesa (INE, Indicadores Demográficos, 2019).

Importa evidenciar que, no contexto Europeu, Portugal apresenta um dos mais baixos níveis de fecundidade, como resultado da conjugação dos efeitos da diminuição do número de filhos tidos e do avanço da idade em que os casais têm esses filhos (Santos, 2016).

Por outro lado, a esperança média de vida tem-se alongado nos países desenvolvidos, existindo a perceção de que nem sempre estes são acompanhados por uma melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas. De acordo com a OMS (2005) o conhecimento adquirido sobre o processo de envelhecimento e da velhice evidência o inverso. Os homens e mulheres que desde o início da sua vida começam a se preparar para a velhice e a se adaptar às mudanças conseguem depois um melhor ajuste quando efetivamente chegam a uma idade sénior (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005). Apesar disso, atualmente, o envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades modernas, com maior incidência nas sociedades industrializadas e desenvolvidas (WHO, 2015)

1.1.1. Alterações demográficas da população em Portugal

Analisando especificamente a realidade portuguesa, e de acordo com o INE (2017), à data de 31 de dezembro de 2016, a população residente em Portugal foi estimada em 10 309 573 pessoas, de que resultou uma taxa de crescimento efetivo de -0,31%, decorrente de uma taxa de crescimento natural de -0,23% e de uma taxa de crescimento migratório de -0,08%.

Entre 2011 e 2016 a proporção de jovens (população com menos de 15 anos de idade), face ao total de população residente, passou de 14,9% para 14,0%; a proporção de pessoas em idade ativa (população de 15 a 64 anos de idade) também diminuiu de 66,0% para 64,9%; em contrapartida, a proporção de pessoas idosas (população com 65 ou mais

anos de idade) aumentou de 19,0% para 21,1%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 128 para 151 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

Portugal mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

O índice de dependência total é indicador que demonstra a relação entre a população jovem (0-14 anos) e a idosa (≥ 65 anos) por cada 100 indivíduos da população em idade ativa (15-64 anos), e em 2001 este índice situava-se nos 48 indivíduos. Entre 2011 e 2016, o mesmo aumentou de 51 para 54 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Esta é uma tendência transversal a todas as regiões do Continente português, particularmente pela influência do aumento do índice de dependência de idosos, uma vez que o índice de dependência de jovens³ diminuiu em praticamente todas as regiões, com exceção da Área Metropolitana de Lisboa (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

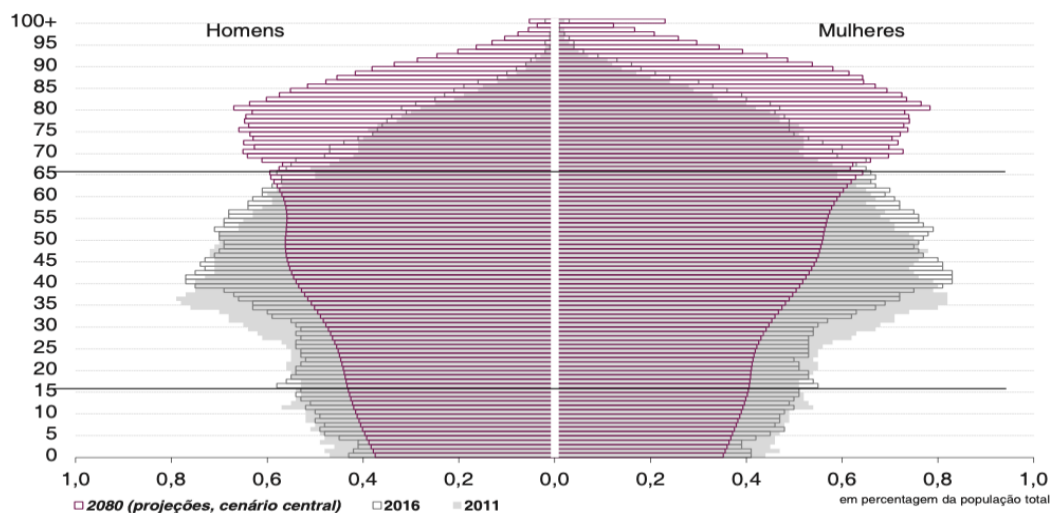
Entre 2011 e 2016 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 128 para 151 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 44 anos, sendo o Alentejo a região mais envelhecida (194,7) e a Região Autónoma dos Açores (RAA) a menos envelhecida (85,6). Estes valores podem aumentar para 317 idosos por cada 100 jovens e para 52 anos até 2080, de acordo com os resultados obtidos no cenário central do exercício mais recente de projeções de população residente, e ilustrado na figura 1 (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

Ao longo do período em análise, verificou-se também o envelhecimento da população em idade ativa em Portugal, como evidência a diminuição do índice de renovação da população em idade ativa, que passou de 93 para 80 pessoas com 20 a 29 anos de idade por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

O envelhecimento demográfico reflete-se no perfil das pirâmides etárias, em que se observa um estreitamento da base da pirâmide, que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade, e um alargamento do topo da pirâmide que corresponde ao acréscimo no número de pessoas idosas, tendências transversais a todas as regiões de Portugal. (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

³ Índice de dependência de jovens - O índice de dependência de jovens é o número de menores de 15 anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos jovens do que pessoas em idade ativa (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)



Fonte: (INE, 2017)

No nosso País, o envelhecimento tem seguido o mesmo caminho da União Europeia e do resto do mundo. Em 1996, o índice de Envelhecimento era de 86 idosos para cada 100 jovens, enquanto na União Europeia era de 91 idosos para cada 100 jovens. Segundo previsões do INE, a tendência atual do crescimento da população portuguesa, aponta para o decréscimo demográfico, à imagem do que acontece na generalidade dos países desenvolvidos da Europa e do Mundo (INE, Estatísticas Demográficas, 2017).

1.1.2. Alterações demográficas da população na Ilha da Madeira

No ano de 2017, a população residente na Região Autónoma da Madeira (RAM) foi estimada em 254 368 pessoas (das quais 118 411 homens e 135 957 mulheres), o que representa uma diminuição da população residente de 508 pessoas face a 2016, e traduz-se numa taxa de crescimento efetivo negativa, de -2,0‰ (-6,1‰ em 2016). Continua assim a tendência de decréscimo populacional iniciada em 2011, ainda que menos acentuada nos últimos 3 anos (Direção Regional de Estatística da Madeira [DREM], 2018).

Estruturalmente a população da RAM mantém uma tendência de envelhecimento, sendo que, para o ano de 2017 a proporção de jovens (13,9%) é inferior à idosa (16,4%) (DREM, 2018). Em consequência, o índice de envelhecimento aumentou de 95,0 em 2013 para 120,6 em 2018 por cada 100 jovens (PORDATA, 2019) como resultado da queda de natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos ou nulos (DREM, 2018).

Até 2080, estes valores poderão crescer para 307 idosos por cada 100 jovens, de acordo com os resultados obtidos no cenário central das últimas projeções da população residente (de 2015-2080, divulgadas em março de 2017), representado na figura 2 (DREM, 2018).

Ao longo do período em análise verificou-se também o envelhecimento da população em idade ativa, como demonstrado pela diminuição do índice de renovação da população em idade ativa que, entre 2013 e 2017, passou de 113 para 94 pessoas com 20 a 29 de idade por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade. Todos os municípios apresentaram uma diminuição deste índice, durante este período (DREM, 2018).

A tendência de envelhecimento demográfico na RAM está espelhada na alteração do perfil das respetivas pirâmides etárias (figura 2) ao longo dos anos em análise. Com efeito, pode observar-se, por um lado, o estreitamento da base da pirâmide, que traduz uma redução dos efetivos populacionais, por via da diminuição da natalidade, e, por outro, o alargamento do topo da pirâmide, que reflete o acréscimo do número de pessoas idosas, relacionado com o aumento da esperança média de vida (DREM, 2018).

Em suma, a tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas em Portugal e no mundo, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo a jovens e de pessoas em idade ativa na população total. Em 2017, a RAA era a região que apresentava maior percentagem de população jovem (15,9%) e a menor percentagem de pessoas idosas (14,2%). A região Centro do país foi a que registou a menor percentagem de jovens (12,4%) e o Alentejo a maior percentagem de população idosa (25,2%) . A proporção de jovens na RAM (13,9%) é semelhante à apresentada para Portugal continental (13,8%), situando-se abaixo da Área Metropolitana de Lisboa e da RAA (ambas com 15,9%) e da região do Algarve (15,0%). No que se refere à proporção de idosos, a RAM apresentava a segunda menor taxa do país (16,4%) (DREM, 2018).

Figura 2 - Pirâmides etárias da RAM 2013, 2017, 2080



Fonte: DREM - Estatísticas Demográficas Da Região Autónoma da Madeira, 2018

1.2. O papel do EEER e a problemática da dependência

Como destaca Collière (1999) no seu livro promover a vida, desde o início da humanidade que os Homens se esforçam para sobreviver, pelo que, cuidar da vida está na origem de todas as culturas. Mais tarde a enfermagem toma uma posição de relevo na arte do cuidar, sendo que, atualmente o cuidar é entendido como o conceito central da enfermagem pela dimensão técnico-relacional que tem implícita (Basto, 2009).

Assim o conceito de enfermagem é definido através do decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996 e diz-nos que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. No ponto 4 acrescenta que, os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Portugal, Regulamento n.º 161/96, 1996).

Do ponto de vista da enfermagem, o cuidar é caracterizado pela reciprocidade entre a equipa

de enfermagem e a pessoa cuidada. Assim, o cuidado pode estar relacionado com a interação entre seres humanos através da troca de subjetividade, consentindo o inter-relacionamento entre quem cuida e é cuidado (Favero, Pagliuca, & Lacerda, 2012).

A Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade que pela sua multidisciplinaridade compreende um corpo de conhecimento alargado, que tem em consideração não só o cliente alvo de cuidado de enfermagem de reabilitação como também a sua família, a comunidade em que se insere, e por conseguinte o cuidador informal (CI), como parte integrante da mesma. Tem na sua génese fundamentos teóricos e científicos com o intuito de promover a independência funcional nas atividades de vida diária (AVD) e o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência (Hoeman, 2011).

Para dar suporte à intervenção do EEER o regulamento n.º 392/2019 publicado no dia 03/05/2019 que segue as linhas orientadoras do regulamento aprovado no ano de 2011 (n.º 125/2011), define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação:

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

Nesta ótica, o EEER intervém junto da pessoa e do seu cuidador para facilitar a transição para o papel de cuidador e a promoção do autocuidado, estabelecendo uma relação de parceria com o idoso dependente alvo dos cuidados, e o seu cuidador.

Neste sentido, e indo ao encontro do regulamento n.º 392/2019, é competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) dirigir as suas ações tendo em conta as dificuldades da pessoa que cuida e que é cuidada, sendo o seu principal objetivo preparar os cuidadores e ajudá-los a interiorizar competências para o cuidado informal, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de ambos. Pelo que o enfermeiro deverá providenciar a aquisição de material clínico e de ajudas técnicas adequadas, quer às necessidades da pessoa idosa dependente, quer às do seu cuidador, por forma a melhorar o desempenho das tarefas de cuidar (Araújo, Paúl, & Martins, 2008).

De acordo com o INE (2019) o índice de dependência total da população portuguesa situa-se nos 54,9%. Corroborando estes dados, Figueiredo (2007) refere que não obstante o facto de o envelhecimento ser um fator de influência na instalação da dependência, a sua

ocorrência pode acontecer em qualquer altura do ciclo vital associado a estados de doença ou de acidentes.

A OMS, no relatório mundial sobre a deficiência (2011), conclui que é uma inevitabilidade a existência de pessoas com diferentes níveis de dependência na sociedade, afirmando que num dado momento da sua vida existe uma grande possibilidade adquirir uma deficiência temporária ou permanente, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade dos seus corpos (OMS, Relatório Mundial Sobre a Deficiência, 2011).

Um estudo realizado por Martins (2011), circunscrito ao concelho de Lisboa, com o objetivo de identificar qual a percentagem de famílias que integram familiares que possuem algum grau de dependência, demonstra que, cerca de 20% a 30% da amostra apresentava níveis elevados de dependência nos domínios do autocuidado tomar banho; vestir e despir-se; transferir-se; elevar-se e virar-se, necessitando de ajuda total na realização desses autocuidados. Tendo em consideração o nível global de dependência, foi verificado que 82,6% dos dependentes necessitam de ajuda de terceiros e 7,4% dos casos avaliados são totalmente dependentes, o que permite concluir que para o estudo em causa, o nível de dependência global avaliado foi muito intenso (Martins, 2011).

Não existem dados definitivos e extrapoláveis específicos para Portugal, mas, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019) de acordo com os resultados dos Censos 2011, cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia. Estas dificuldades afetam 995 213 pessoas idosas em Portugal, mais de metade das quais (565 615) vivem sozinhas ou acompanhadas exclusivamente por outros idosos. A estes acresce referir que cerca de 16% das pessoas com idade entre os 15 e os 64 anos tinham simultaneamente problemas de saúde prolongados e de dificuldades na realização de atividades básicas (INE, Indicadores Demográficos, 2019).

O fenómeno da dependência no autocuidado não é um fenómeno novo e constitui, quer para a pessoa quer para o seu cuidador, um evento de grande significado pessoal, familiar, económico e social (Martins, 2011).

Para Sequeira (2010) o conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. Deste modo, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”.

O ministério da saúde, através do decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, artigo 3º alínea H, define dependência como “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Portugal, Decreto lei nº 101/2006, 2006).

Em concordância com as definições anteriores, também o Instituto da Segurança Social, IP para efeitos da atribuição do Complemento por Dependência para pensionistas, define pessoa com dependência aquela que não tem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana e que precisa de assistência de outra pessoa para realizar as tarefas domésticas, para fazer a sua higiene pessoal e para se deslocarem (Instituto da Segurança Social, I.P., 2019).

Um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, isto é, manter a operacionalidade e a capacidade para lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades de vida, atingindo deste modo um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER], 2011).

O termo atividade de vida diária (AVD) no contexto da reabilitação refere-se ao conjunto de atividades ou tarefas que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, e pode subdividir-se em dois grupos, cuidado pessoal ou atividade básica de vida diária (ABVD) e atividades domésticas e comunitárias ou atividades Instrumentais de Vida diária (AIVD) (MCEER, 2011).

Neste contexto o MCEER define seis ABVD que são a higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência, sendo que para cada uma delas é estabelecido um nível de funcionalidade/independência. Assim, a independência na ABVD higiene pessoal pressupõe ser capaz de usar o chuveiro, a banheira, lavar o corpo, realizar higiene oral, arranjo pessoal (como barbear-se, pentear-se ou colocar maquilhagem). Relativamente a ABVD controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, a independência pressupõe a capacidade de controlar totalmente a micção e defecação e ir ao sanitário para a eliminação e higienização. A MCEER estabelece, ainda, para a ABVD vestuário que a independência pressupõe ser capaz de ir buscar roupas ao armário, vestir roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos. A independência na ABVD

alimentação, por sua vez e em conformidade com a mesma fonte, pressupõe ser capaz de utilizar os talheres, fragmentar os alimentos no prato e encaminhar a comida do prato à boca. No que diz respeito a ABVD locomoção, a independência refere-se à capacidade de deslocar-se autonomamente. Finalmente, a MCEER entende que a independência para a ABVD transferência pressupõe a capacidade de sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa, transferir-se de uma cadeira para outra, para a sanita, banheira ou outra superfície (MCEER, 2011).

Para as AIVD a MCEER esclarece que estas referem-se às capacidades para a pessoa gerir o ambiente em que vive, e inclui as habilidades tais como preparar refeições, executar tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, utilizar transportes e fazer compras (MCEER, 2011).

Atualmente, as políticas de saúde em Portugal privilegiam a permanência do idoso no seu domicílio. Esta posição é sustentada pelo aumento do número de idosos e pela insuficiência e inadequada capacidade governamental para fazer frente às necessidades dos idosos dependentes; mas também pelas vantagens que daí advém ao nível da autonomia do idoso, promoção da qualidade de vida pela permanência no seu ambiente habitual e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função acrescida, na qual o CI assume uma maior relevância (Leuschner, 2005).

Netto (2002) reconhece que apesar da maioria dos idosos não serem dependentes, essa probabilidade aumenta com a idade, com o aparecimento de inúmeras patologias degenerativas de evolução prolongada, as quais originam, por vezes dependência física, mental ou social, além de consequências diretas para seus cuidadores. Acrescenta também que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. O autor diz-nos que nas pessoas idosas, a dependência assume contornos particulares, uma vez que esta resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social (Netto, 2002).

Devido à incapacidade causada pela idade e pela instalação das mais variadas patologias, que pode ser temporária ou permanente, existe por vezes a necessidade de recorrer a CI, quando pelas mais diversas razões, outras opções não estão disponíveis ou não são viáveis.

1.3. A sobrecarga do cuidador informal

Entende-se por CI aquele que cuida de uma pessoa, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional, ou formal. O cuidador informal é assim a pessoa, da rede social do próprio, não remunerada, com relação significativa (familiar, parceiro (a), amigo(a) e/ou vizinho(a)) que se assume como o principal responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados (Alves & Teixeira, 2016, citado por MTSSS, 2017).

Cuidador formal, por outro lado, é um profissional remunerado contratado para realizar cuidados especializados a um indivíduo, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias (Sequeira, 2007) .

Os cuidadores informais executam predominantemente os cuidados no domicílio do dependente e uma ampla gama de tarefas, que podem ser complementadas com prestadores de cuidados formais. Caraterizam-se pelo facto de não serem profissionais treinados para prestar cuidados, apesar de em alguns casos poderem receber formação. Não são remunerados, e não têm contratos relativos a responsabilidades de cuidados, embora possam obter contribuições financeiras. Executam uma ampla gama de atividades (também realizado por prestadores de cuidados formais), incluindo apoio emocional e assistência e não existe limites para o tempo gasto em cuidados (MTSSS, 2017).

Na sua maioria, o cuidado desenvolve-se no âmbito familiar, sendo o CI principal a pessoa que assume a responsabilidade maioritária do cuidado e que vivência um grau de envolvimento maior que os restantes membros da família, recaindo sobre ela a maioria dos cuidados (Sequeira, 2007).

De acordo com Abreu e Ramos (2007) os cuidados prestados pelos CI podem ser agrupados em três domínios:

1. Assistência nas dificuldades funcionais do autocuidado, as AVD, tais como higiene pessoal, vestir, alimentar e deambular/mobilizar, entre outros;
2. Suporte em AIVD, isto é, tarefas relacionadas com a gestão da casa e a sua manutenção, arrumar e limpar a habitação, preparar as refeições, fazer as compras, pagar as contas, entre outras;

3. Apoio emocional do doente, tal como fazer companhia e lidar com as pressões decorrentes do facto de estar numa situação de dependência (Abreu & Ramos, 2007).

Os cuidados prestados pelos CI podem ser divididos entre um cuidador principal e um segundo cuidador, secundário.

O cuidador primário é aquele que assume a maior parte dos cuidados, é responsável pela supervisão, orientação, acompanhamento e cuidados diretos para com o dependente. É o que passa mais tempo em contacto com a pessoa doente e assume a maior parte dos cuidados, sendo geralmente o mais envolvido do ponto de vista emocional (Sequeira, Carlos, 2013).

Cuidador secundário é o que não tem responsabilidades principais no cuidado, podendo identificar-se vários cuidadores secundários para a mesma pessoa recetora de cuidados. O cuidador secundário é qualquer pessoa que presta auxílio nos cuidados, ocasional ou regularmente, não tem qualquer vínculo ou responsabilidade perante a tarefa do cuidar (Silva M. D., 2005).

Estima-se que existam mais de 125 milhões de cuidadores na Europa (European Association Working for Carers, 2017). Cerca de 80% desses cuidados são fornecidos por CI, principalmente mulheres, frequentemente com um custo para os cuidadores em termos de saúde, bem-estar social e económico (Hoffmann & Rodrigues, 2010). Calcula-se que 42% dos cuidadores não trabalhadores estão entre os 25% da população mais pobre (último quartil de rendimento mais baixo) do seu respetivo país. O valor económico do cuidado informal representa 50 a 90% dos custos totais dos cuidados continuados nos estados membros da União Europeia (MTSSS, 2017).

Um estudo realizado pela OCDE (2019) revela que em média 61% dos CI são do sexo feminino, sendo que a Grécia e Portugal têm o maior desequilíbrio de gênero, com mais de 70% dos CI sendo mulheres. Cerca de dois terços dos cuidadores cuidam dos pais ou do cônjuge, mas os padrões de cuidados variam de acordo com os diferentes grupos etários. Cuidadores com idades entre 50 e 65 anos têm maior probabilidade de cuidador dos pais enquanto que cuidadores com mais de 65 anos têm maior probabilidade de cuidar de um cônjuge. Cuidar de um cônjuge tende a ser mais intensivo, exigindo cuidados diários, e homens e mulheres têm a mesma probabilidade de assumir esse papel (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019).

Mesmo em países com uma rede de cuidados continuados bem desenvolvida, estima-se que o número de CI é duas vezes maior do que o número de cuidadores formais (Ferrer, 2015).

Um estudo realizado pela National Alliance for Caregiving & Evercare em 2007 nos EUA, calcula que o valor estimado anual dos serviços prestados por CI, apenas a população idosa, ascende a 375 biliões de dólares, sendo que, cerca de 78% dos adultos que estão inseridos na comunidade continuam a precisar de cuidados continuados, dependendo também de amigos e da família como principal fonte de ajuda (Evercare, 2007).

Segundo um relatório da Care Alliance Ireland publicado em Março de 2015, estima-se que 9,6 milhões de famílias na europa despendem 35h ou mais/semanais de cuidados informais e na Irlanda esse número sobe para as 43 horas/semanais (Care Alliance Ireland, 2015).

Verifica-se que em determinados estados membros europeus, o valor estimado da prestação de cuidados informais, ultrapasse o conjunto de todas as despesas para com os cuidados formais. Em Inglaterra, este valor ultrapassa os fundos direcionados para o conjunto dos serviços nacionais de saúde de todo o Reino Unido, sendo que os CI poupam ao Estado 132 mil milhões de euros por ano e na Escócia 10,3 mil milhões de euros por ano. Na Irlanda estima-se que os CI contribuam com mais de 2,5 mil milhões de euros anualmente, valor esse que seria gasto pelo próprio Estado casos esses cuidados não fossem prestados pelos CI (Care Alliance Ireland, 2015).

O mesmo estudo refere que:

- 48% dos cuidadores estavam no grupo etário entre os 45-64 anos e 32% desses tinham um trabalho a tempo inteiro;
- 64% dos CI eram mulheres;
- 4 em cada 10 CI eram os únicos cuidadores do dependente;
- 33% dos CI cuidavam de idosos que necessitam de apoio devido à idade avançada;
- 66% referiu que a sua vida foi muito afetada devido às suas responsabilidades como cuidador;
- 38% dos CI referiu apresentar sobrecarga intensa (Care Alliance Ireland, 2015).

Foi estimado o valor do trabalho realizado pelos CI em Portugal, tendo por referência o salário mínimo mensal, em aproximadamente 4 mil milhões de euros anuais

(mais precisamente: 3 951 223 008 euros por ano; 329 268 584 euros por mês; 82 317 146 euros por semana) (MTSSS, 2017).

Em Portugal, tal como na Europa, de acordo com o European Association Working for Carers (2017), os típicos CI são do sexo feminino com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos. No estudo de Alves e Teixeira (2016) citado por MTSSS (2017) os CI, na sua maioria, tinham baixas habilitações académicas e apesar da maioria se encontrar em idade ativa, pouco mais de metade encontrava-se empregada, revelando a dificuldade em conciliar a função de cuidador com a atividade profissional (Alves & Teixeira, 2016, citado por MTSSS, 2017).

Para Figueiredo (2007) os CI sofrem ao lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo de cuidados. Neste estudo, a nível físico e psicológico, estes experienciavam mais stress, depressão, ansiedade e problemas de saúde físicos quando comparados com os não cuidadores da mesma idade.

Na RAM, um estudo realizado por Machado (2012) identificou os principais CI como sendo do sexo feminino, familiares do idoso dependente e com baixo nível sócio económico. Da população em estudo, 63,7% apresentava uma sobrecarga ligeira a intensa, enquanto que 36,3% apresentava-se sem sobrecarga (Machado, 2012).

Outro estudo, realizado na ilha de São Miguel na RAA, vai ao encontro dos estudos já realizados e refere que 64,1% dos cuidadores apresentavam algum nível de sobrecarga sendo que 41% destes, apresentava sobrecarga intensa (Ricarte, 2009).

De acordo com o estudo de Almeida (2006), os CI eram predominantemente do sexo feminino, com idades a variar entre os 50 e os 70 anos, na sua maioria casados, dividindo assim as responsabilidades da família com as atividades de cuidados. Quanto ao grau de parentesco com o idoso dependente, a maior percentagem de cuidadores eram filhas, seguidos pelos cônjuges. Neste estudo os CI referiram alterações no corpo e na saúde, após o início das atividades como cuidador, que variaram entre as físicas, como aparecimento de dores no corpo, principalmente na coluna, e alterações psicológicas e sentimentais como stress, depressão, angústia e aumento nas preocupações. As observações gerais dos cuidadores sobre o processo de cuidar variaram entre os que acreditaram que estava bom e estavam conformados com a situação, e aqueles que relataram ser uma questão de obrigação, carinho e responsabilidade (Almeida, 2006).

Similar ao anterior, também Trindade, et al., (2017) num estudo realizado a CI de indivíduos dependentes em cuidados domiciliários médicos e de enfermagem da USF Descobertas, entre janeiro e fevereiro de 2015, concluiu que a maioria dos cuidadores

apresentou sobrecarga intensa, sendo a média de idades de 64,2 anos e o tempo médio de duração do período de prestação de cuidados de 8,6 anos (Trindade, et al., 2017).

No mesmo sentido, um estudo realizado no continente Australiano em 2009 refere que os CI tinham coletivamente o menor nível de bem-estar de qualquer grupo e, em comparação com a população em geral, apresentavam um nível significativamente maior de depressão, eram mais propensos a sofrer dores físicas e mais propensos a sofrer de stress financeiro (Ranmuthugala, Nepal, & Brown, 2009).

Intervir precocemente e promover o empowerment dos cuidadores pode também representar quer benefícios para os cuidadores e pessoas cuidadas como para os sistemas sociais e de saúde ao nível da redução de custos. A ausência, contudo, de apoio e suporte torna os cuidadores mais vulneráveis com múltiplos efeitos nefastos individuais, familiares, organizacionais, comunitários, sociais e económicos (MTSSS, 2017).

1.3.1. Legislação em Vigor

Em setembro de 2019 foi publicada em Diário da República a Lei nº 100/2019 que regula os direitos e deveres dos CI, bem como da pessoa cuidada, e estabelece medidas de apoio (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

Conforme mencionado no nº 1 do artigo 2º do Capítulo I do Anexo da Lei nº 100/2019, são definidos dois tipos de CI: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal, ou secundário.

É considerado CI principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

O CI não principal, conforme a definição presente no nº 3 do artigo 2º, “é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”. Ao contrário do CI principal, o não principal pode ou não ser remunerado por atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada e não tem necessariamente de viver em comunhão de habitação (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

A definição de pessoa cuidada presente no artigo 3º, estabelece que uma pessoa cuidada é quem necessite de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de uma das seguintes prestações sociais:

- a) Complemento por dependência de 2.º grau;
- b) Subsídio por assistência de terceira pessoa (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

Para além do acima mencionado, o nº 2 do mesmo artigo refere que a pessoa cuidada pode ser assim considerada se beneficiar de complemento por dependência de 1º grau, mediante avaliação específica através de junta médica (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

De acordo com a mesma lei o CI tem o direito de ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades, bem como ver reconhecido o seu papel na contribuição para o bem-estar da pessoa cuidada. Adicionalmente, tem o direito de receber informação de profissionais de saúde e da Segurança Social e ainda de se manter informado sobre a evolução da doença da pessoa cuidada. Tem também o direito de usufruir de apoio psicológico sempre que necessário e de beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

Ao nível de apoios financeiros foi implementado um subsídio apenas destinado aos CI principais, contudo estima-se que os valores do mesmo só serão estabelecidos em 2020, e até à data da realização deste trabalho, esse valor ainda não foi discutido, nem publicado.

O CI também tem deveres relativamente à pessoa cuidada, que constam no artigo 6º do Capítulo II do Anexo da Lei n.º 100/2019. É do seu dever atender e respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada, bem como prestar-lhe o devido apoio e cuidados para garantir o seu bem-estar em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário. Para além do dever de assegurar todas as condições para que a pessoa cuidada se sinta confortável, tranquila e segura, o CI deve participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas e comunicar à equipa de saúde sempre que forem verificadas alterações no estado de saúde da pessoa cuidada (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

O CI pode encaminhar a pessoa cuidada para serviços ou estabelecimentos de apoio social, tais como residenciais ou lares, de forma periódica e transitória, ou solicitar serviços de apoio domiciliário, com o objetivo específico de assegurar o seu descanso. Pode também referenciar a pessoa cuidada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para a unidade de internamento (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

O nº 7 do artigo 7º está explícito que em situação de cessação de atividade profissional por parte do CI principal e quando não existe o direito a subsídio de desemprego, este tem direito ao pagamento de contribuições, por equivalência, “pelo período máximo de concessão do subsídio de desemprego aplicável ao seu escalão etário, nos termos do regime jurídico de proteção social da eventualidade de desemprego dos trabalhadores por conta de outrem.” Conforme estipulado no nº 8 do artigo 7º, caso o CI tenha direito a subsídio de desemprego após a cessação de atividade, também tem direito à entrada de contribuições adicionais por equivalência, “findo o período de concessão do subsídio de desemprego e pelo período remanescente até perfazer o período máximo de concessão aplicável ao escalão etário” (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

Quem pretender ter o Estatuto de CI terá de efetuar o pedido de reconhecimento, e para tal, deverá apresentar um requerimento junto dos serviços da segurança social. Sempre que possível, a pessoa cuidada deve também dar o seu consentimento para a atribuição do Estatuto do Cuidador Informal (Portugal, Decreto Lei nº 100/2019, 2019).

Ainda não estão regulamentadas as condições e os termos do reconhecimento do CI, bem como a manutenção do estatuto, os quais serão regulados por diploma próprio no futuro.

No Reino Unido, na Irlanda e na Austrália a atribuição de subsídios aos CI é limitada aos cuidadores em situação de maior vulnerabilidade económica. A título de exemplo no Reino Unido 1/10 dos cuidadores têm acesso às mesmas. Na Austrália e no Reino Unido o acesso a esta compensação, permite que os cuidadores não tenham de trabalhar horas adicionais fora do contexto do domicílio (MTSSS, 2017).

Em países como a Holanda e a França, a atribuição dos benefícios em dinheiro é assegurada após os profissionais de saúde avaliarem quais as necessidades da pessoa em situação de dependência. Nestes países, mas também por exemplo no Japão, raramente se utilizam incentivos pecuniários para os cuidadores familiares informais (MTSSS, 2017)

Por outro lado, a atribuição de benefícios em género aos cuidadores estão presentes um pouco por toda a Europa, como por exemplo, o descanso do cuidador (uma pequena pausa na responsabilidade pelos cuidados), informação ao cuidador (sites, linhas de atendimento), treino, aconselhamento, apoio psicológico, serviços de cuidados formais, serviços de apoio domiciliário, logística, inovações tecnológicas para aumentar a capacidade funcional da pessoa cuidada, tecnologias para aumentar o apoio em casa, e licenças para o cuidar (MTSSS, 2017).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. Desenho do estudo

O desenho do estudo é definido como o conjunto de decisões tomadas pelo investigador e que vão permitir delinear a estrutura por forma a 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 (Fortin, 2009).

O presente estudo assenta no paradigma de investigação quantitativo do tipo transversal e descritivo.

É quantitativo, uma vez que recorre a dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações (Fortin, 2009). O interesse do investigador, neste tipo de abordagem, visa assumir uma atitude científica, distanciada e neutra, no sentido de comprovar estatisticamente os objetivos do estudo (Coutinho, 2013).

A investigação quantitativa adota um desenho transversal, dado que visa medir a frequência de um fenómeno numa população num dado momento, neste caso o dia 5 de junho de 2019 (Fortin, 2009).

Trata-se de uma investigação descritiva pois visa esclarecer, identificar, registar e analisar as características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenómeno ou processo (Fortin, 2009). O objetivo é observar, registar e analisar os fenómenos ou sistemas técnicos sem interferir com o conteúdo (Perovano, 2014).

2.2. Participantes do estudo

A população corresponde ao grupo de interesse para a investigação, sendo que, os investigadores especificam as características desejadas que servirão de guia para criar os critérios de inclusão e exclusão (Polit & Beck, 2019).

A amostra é um subconjunto da população, que será escolhida usando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com o objetivo de refletir adequadamente as características da população em estudo (Polit & Beck, 2019).

Como critério de inclusão foi definido que participariam no estudo os CI que tivessem mais de 18 anos de idade e que fossem o cuidador principal ou secundário do idoso

dependente. A idade do doente dependente seria idade igual ou superior a 65 anos. Quer o idoso quer o cuidador teriam que assinar consentimento informado.

Como critérios de exclusão determinou-se que seriam excluídos do estudo dependentes com menos de 65 anos, e que possuam exclusivamente cuidadores formais.

A população alvo são os CI cujos idosos dependentes a seu cargo, são alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e que aceitem participar voluntariamente no estudo, no dia 5 de junho de 2019.

2.3. Variáveis em estudo

As variáveis são características, propriedades ou qualidades de objetos pessoas ou situações que são alvo do estudo de investigação. Pode tomar diferentes valores e refere-se ao fenómeno a ser investigado (Fortin, 2009).

A variável em estudo foi a sobrecarga do CI no desempenho das suas funções de cuidar ao idoso dependente na RAM, através da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador. Analisar e decompor a escala permitirá entender que impacto as tarefas de cuidar estão a ter no cuidador e principalmente procurar perceber qual a sobrecarga percebida pelo próprio, quer objetiva quer subjetiva.

Como variáveis de caracterização (utilizadas no questionário de caracterização do CI) foram considerados o género, a idade, estado civil, grau de escolaridade, atividade profissional, relação de parentesco com o idoso dependente, situação de vida, auto percepção do estado de saúde, antecedentes de saúde, tempo de prestação de cuidados em média de horas diárias e ao longo do tempo em meses e anos e por fim partilha das tarefas de cuidar com um segundo cuidador.

As variáveis de caracterização foram operacionalizadas da seguinte forma:

Idade – Grupos etários: Adultos (dos 18 aos 64 anos idade) e idosos (idade igual ou superior a 65 anos);

Género – Feminino e Masculino;

Estado Civil – Casado/União de facto, solteiro, viúvo, divorciado/separado;

Grau de escolaridade - Não sabe ler nem escrever, ensino Básico (1º ciclo), ensino Secundário (2º e 3º ciclo), ensino Superior;

Situação profissional – Estudante, doméstica, desempregado, trabalhador por conta de outrem ou por conta própria, reformado/inválido;

Relação de parentesco com o idoso dependente – Cônjuge (esposo/esposa), mãe / pai (do dependente), filho (a), irmão / irmã, nora / genro, outro (item de resposta aberta);

Situação de vida – Vive sozinho (a), vive com cônjuge, vive com familiares, vive com o idoso dependente, tem filhos a seu cargo, existência de um segundo CI, outra (item de resposta aberta);

Autoperceção do estado de saúde – Muito fraco, fraco, bom, muito bom;

Antecedentes de saúde – HTA, obesidade, AVC, Diabetes Mellitus, hábitos tabágicos, hábitos etílicos, doença psiquiátrica, outro (item de resposta aberta);

Média de Horas Diárias em Prestação de cuidados – Ajuda básica (preparar e providenciar refeições), menos de 6 horas diárias, de 6 a 12 horas diárias, mais que 12 horas diárias;

Tempo de prestação de cuidados – Menos de 6 meses, de 6 meses a 1 ano, de 1 a 2 anos, mais de 3 anos;

2.4. Instrumento de colheita de dados

Por forma a alcançar os objetivos propostos para este estudo, foi elaborado um questionário de colheita de dados sociodemográficos que visam caracterizar os CI, onde foram utilizadas as variáveis de caracterização já descrita no subcapítulo anterior. Para determinar a sobrecarga do cuidador foi utilizada a escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida para português por Sequeira (2010) que autorizou o seu uso para este estudo (Anexo A).

A ESC (figura 3) foi traduzida e adaptada para português, a partir da Burden Interview Scale, por Sequeira (2010), tendo sido publicada na Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16, (Zarit e Zarit, 1983; Zarit, e col. 1985; Martín, 1996; Scazufca, 2002 citado por Sequeira, 2010).

Na sua versão original a escala era constituída por 29 questões, estando incluídos aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o recetor de cuidados. Posteriormente, como é possível constatar na Figura 3, o instrumento foi revisto e o número de questões foi reduzido para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002 citado por Sequeira, 2010).

Figura 3 - Escala de sobrecarga do cuidador

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, 1- nunca; 2- quase nunca; 3- às vezes; 4- muitas vezes e 5- quase sempre.

Fonte: Sequeira, 2010

No estudo de validação da escala de sobrecarga do cuidador, a consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach e a determinação do número de fatores efetuada com o recurso à análise dos componentes principais com rotação ortogonal segundo o método Varimáx (Pestana e Gageiro, 2000 citado por Sequeira 2010). A determinação do número de componentes por fatores de cada escala é efetuada de acordo com o preconizado

por Polit & Hungler (1997) que sugere a exclusão de cargas fatoriais inferiores a 0,30 e considera os valores próprios (Eigenvalues) superiores a 1. Apresenta uma boa consistência interna avaliada por um *alfa de Cronbach* de 0,93 (Sequeira, 2010).

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira e emocional, e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010).

Segundo Sequeira (2010) cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5), obtendo-se um score global que varia entre 22 e 110, em que, um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Segundo Sequeira (2010) e de acordo com o trabalho realizado pelo próprio, e que é corroborado por outros autores, é sugerido que a escala apresenta um carácter multidimensional do conceito de sobrecarga e a sua análise fatorial permite identificar quatro fatores, intitulados por:

- 1 – “Impacto da prestação de cuidados”;
- 2 – “Relação interpessoal”;
- 3 – “Expectativas com o cuidar”;
- 4 – “Percepção de auto-eficácia”.

Estes quatro fatores explicam uma variância total de 62% o que revela uma boa consistência interna, quer de forma global, quer ao nível dos diferentes fatores. Os dois primeiros fatores (1 e 2) estão direcionados para a sobrecarga objetiva e os dois últimos (3 e 4) para a sobrecarga subjetiva, de modo similar ao apresentado por outros estudos, que também atribuem um carácter multidimensional ao conceito de sobrecarga (Sequeira, 2010).

O primeiro fator “impacto de prestação de cuidados” agrupa 11 itens da figura 3 (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22) que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos no contexto do cuidador, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental e explicam 41,2% da variância total, apresentando uma boa consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,93) (Sequeira, 2010).

O segundo fator, designado de “relação interpessoal” agrupa os itens (4,5,16,18 e 19) que estão associados à sobrecarga entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades inter-relacionais. É constituído por cinco itens, que explicam 8,69% da variância total da escala de sobrecarga do cuidador e apresenta uma consistência interna de 0,83 (*alfa de Cronbach*) (Sequeira, 2010).

O terceiro fator, intitulado de “expectativas com o cuidar” é constituído por quatro itens (7,8,14 e 15) que estão relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados. Centra-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades do mesmo. Este fator explica 7,15% da variância total e apresenta uma consistência interna de 0,67 (*alfa de Cronbach*) (Sequeira, 2010).

O quarto e último fator, “percepção de auto-eficácia”, consiste em dois itens (20 e 21) e abordam a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Este fator explica 4,90% da variância total e apresenta uma consistência interna de 0,80 (*alfa de Cronbach*) (Sequeira, 2010).

De acordo com o autor, a escala sobrecarga do cuidador de Zarit é um instrumento com boas características psicométricas, fiável, e que permite avaliar a sobrecarga associada ao cuidar, sendo sugerida a sua utilização quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico para avaliar risco de sobrecarga e sobrecarga atual, quer como instrumento que vai possibilitar monitorizar e avaliar programas de intervenção para CI. A sua utilização em termos de investigação permite também avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar numa determinada população e estabelecer comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (Sequeira, 2010).

2.5. Considerações éticas

O Artigo 81º da Lei nº 111/2009, referente ao código deontológico dos enfermeiros, define que o enfermeiro, no decorrer da sua prática diária de cuidados, observa os valores humanos e assume o dever de os proteger. Fazer investigação em saúde muitas vezes implica estudar pessoas que num determinado momento da sua vida podem ou não, estar fragilizados de forma física ou psicológica de modo temporário ou permanente. Tal facto deve contribuir para que a enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis salvaguardando os direitos de todos os intervenientes e respeitando as suas opções.

Com o intuito de regulamentar a investigação nos seres humanos e promover a sua proteção, ao longo dos anos foram criadas regras nacionais e internacionais. Para tal contribuíram o Código de Nuremberg (1947) que posteriormente serviu de base para a Declaração de Helsínquia saída da 18ª Assembleia da Associação Médica Mundial, (1964) com as directrizes estabelecidas na primeira e nas revisões sucessivas (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002 e por fim 2004), a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2003), entre outros (Fortin, 2009).

Antes de ser iniciada a colheita de dados, foi realizado um pedido de autorização ao Conselho de administração do serviço Regional de Saúde da RAM, com o intuito de em primeiro lugar dar a conhecer o projeto e os seus intervenientes, e em segundo lugar pedir parecer favorável ao conselho de ética, para que se pudessem realizar os questionários nos Serviços Hospitalares, de Cuidados de Saúde Primários e Rede de Cuidados Continuados, com os enfermeiros especialistas em reabilitação do serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, E.P.E), tendo sido obtida autorização e parecer favorável, pela CES do SESARAM, EPE (Anexo B).

Neste estudo, toda a colheita de dados aos clientes foi coerente com uma normal abordagem de Enfermagem de Reabilitação, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerente.

Ressalve-se que em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos pelo recurso a um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição para figurar depois isolado nos questionários/folhas de registo. Os contactos foram apenas mantidos em posse do investigador para um possível relatório individual de cada avaliação, se assim o participante desejasse, e o respetivo encaminhamento para os recursos de saúde pertinentes. Esta informação foi destruída após conclusão do estudo e encaminhamento dos participantes.

Previamente à participação neste estudo, os potenciais participantes foram informados individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação (anexo C). Após a informação do potencial participante, esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão da mesma, foi disponibilizada a folha de informação ao participante assinada pelo investigador e o documento de consentimento informado para que pudesse ser assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), se assim este considerasse.

O participante foi também informado que poderia recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo (anexo D).

2.6. Processo de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através de um questionário dividido em duas partes. Uma primeira parte que engloba questões para a caracterização do CI, e uma segunda parte em que é aplicada a escala de sobrecarga do cuidador, validada para a população portuguesa. Os questionários foram preenchidos pelos investigadores com a colaboração do EEER. Assinala-se, que a grande maioria das questões, constituem avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática de cuidados.

Esta colheita de dados foi realizada por 21 Enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que como tal estão sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

A recolha de dados foi realizada nos centros de saúde da RAM e nos domicílios dos CI e ocorreu num período de 2 semanas, de 5/6/2019 a 21/6/2019, e os clientes selecionados para a investigação foram aqueles em que o idoso dependente tinha consulta de enfermagem de reabilitação programada para o dia 5/6/2019, e que consentisse participar no estudo.

Aos clientes em que não foi possível aplicar o questionário no centro de saúde, foi realizada uma chamada telefónica pelo EEER do respetivo centro de saúde, por forma a pedir o consentimento verbal ao cliente e ao seu CI para marcar uma data e hora, para os investigadores se deslocarem à casa dos mesmos por forma a aplicar o questionário. Ressalvo que o consentimento verbal concedido telefonicamente serve somente para autorizar os investigadores a se deslocar à casa do cliente. Quando na casa do mesmo, e após revalidação para participação no estudo, foi realizado um esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão das mesmas, e disponibilizada a folha de informação ao participante sendo está assinada pelo investigador e o documento de consentimento informado que foi assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), se assim este considerar.

2.7. Tratamento e análise de dados

O processamento e análise de dados foram realizados durante o período entre 01/07/2019 até 31/07/2019.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao Software estatístico SPSS, incluindo estatística descritiva simples, designadamente, frequências absolutas e relativas, mínimos, máximos, modas, médias e desvio padrão.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

3.1. Caracterização sociodemográfica dos CI

Após a organização dos dados procede-se à caracterização sociodemográfica dos CI. A população em estudo foi constituída por 72 CI, de idosos dependentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e seguidos pelo enfermeiro especialista no dia 5 de junho de 2019.

No que diz respeito à distribuição dos CI pelos contextos da prática, podemos observar através da análise da tabela 1, que 73,6% ($n = 53$) dos idosos dependentes são alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação ao nível dos cuidados de saúde primários. Com uma percentagem mais baixa, cerca de 21%⁴ ($n = 15$), temos aqueles que na altura dos inquéritos estavam hospitalizados e que os seus CI aceitaram participar no estudo. Uma percentagem mínima de 5,6%⁵ ($n = 4$) é atribuída aos utentes institucionalizados nas unidades de internamento de longa duração e rede regional de cuidados continuados integrados. Possivelmente idosos institucionalizados por curtos períodos de tempos para alívio do cuidador.

Tabela 1 - Distribuição dos CI pelos vários contextos da prática (n=72)

Contexto da prática	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Hospital Dr. Nélio Mendonça	2	2,8
Hospital dos Marmeleiros	13	18,1
RRCCI	2	2,8
UILD	2	2,8
Cuidados de saúde primários	53	73,6

A idade dos participantes variou entre os 30 e os 92 anos, com uma média de 59,4 anos e um desvio padrão de 14,6. Para a caracterização do grupo etário os participantes foram categorizados em adultos e idosos, e para uma melhor compreensão dos dados, somente nesta fase, os adultos foram divididos em dois grupos, em que no primeiro estão inseridos os adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, e no segundo estão incluídos os adultos com idades entre os 50 e os 64 anos. Neste caso verifica-se que o grupo de adultos

⁴ Somatório das percentagens dos clientes institucionalizados no Hospital Dr. Nélio Mendonça e Hospital dos Marmeleiros

⁵ Somatório das percentagens dos clientes institucionalizados na RRCCI e UILD

com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos representa 26,4% ($n = 19$) da amostra, 33,3% ($n = 24$) tem idades entre os 50 e os 64 anos e 40,3% ($n = 29$) são idosos. Analisando o número de cuidadores com mais de 50 anos (73,6% $n = 53$), verifica-se que a população em estudo está envelhecida, sendo na sua maioria idosos.

Tabela 2 - Distribuição dos CI por grupo etário (n=72)

Grupo etário	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Adulto		
18 – 49 anos	19	26,4
50 – 64 anos	24	33,3
Idoso		
≥65 anos	29	40,3

Considerando a variável género, representando na tabela 2, a maioria dos participantes são do género feminino (70,8% $n = 51$) e somente 29,2% ($n = 21$) são do género masculino, evidenciando uma tendência, como teremos oportunidades de discutir no capítulo seguinte.

Tabela 3 - Distribuição dos CI por género (n=72)

Género	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Masculino	21	29,2
Feminino	51	70,8

Em relação ao estado civil, a grande maioria dos inquiridos (63,9% $n = 46$) é casado ou vive em união de facto seguindo-se por 19,4 % de solteiros. Os viúvos e divorciados encontram-se em menor percentagem perfazendo um total de 16,7% $n = 12$, como é possível constatar na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos CI por estado civil (n=72)

Estado Civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Casado/União de facto	46	63,9
Solteiro	14	19,4
Viúvo	4	5,6
Divorciado/Separado	8	11,1

Para a variável grau de escolaridade, representada na tabela 5, a maioria da amostra (61,1 % $n = 44$) tem apenas o ensino básico seguido de 19,4% de cuidadores que possuem o ensino secundário. O limite superior e inferior da tabela 5 demonstram que apenas 8,3% ($n = 6$) da população não sabe ler nem escrever e somente 11,1% ($n = 8$) concluiu o ensino superior.

Tabela 5 - Distribuição dos CI por grau de escolaridade (n=72)

Grau de Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Não sabe ler nem escrever	6	8,3
Ensino Básico (1º ciclo)	44	61,1
Ensino Secundário (2º e 3º ciclo)	14	19,4
Ensino Superior	8	11,1

A situação profissional (tabela 6) mais prevalente é reformado ou inválido com 38,9% ($n = 28$), seguido de doméstica ($n = 18$) e trabalhador ($n = 18$), quer seja a título individual ou por conta de outrem, ambos com 25% de representatividade na amostra. Somente 9,7% ($n = 7$) dos cuidadores encontra-se desempregado, e apenas 1 deles encontra-se ainda a estudar.

Tabela 6 - Distribuição dos CI por situação profissional (n=72)

Situação profissional	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Estudante	1	1,4
Doméstica	18	25
Desempregado	7	9,7
Trabalhador*	18	25
Reformado/Inválido	28	38,9

Nota: * Trabalhador por conta de outrem ou por conta própria.

No que diz respeito ao grau de parentesco entre o CI e o idoso dependente alvo de cuidados, observa-se que a grande maioria dos CI ou são casados com o dependente (36,1% $n = 26$) ou são filhos do mesmo (36,1% $n = 26$), representando uns expressivos 72,2% no seu somatório. Representando no item “*Outro*” da tabela 7, os amigos ($n = 8$) juntamente com cunhado/a ($n = 2$) e sobrinho/a ($n = 2$) retratam o 3º grupo com maior representatividade (18,1% $n = 13$), indicando que os amigos têm um papel importante no suporte ao idoso dependente.

Tabela 7 - Distribuição dos CI por relação de parentesco com o idoso dependente (n=72)

Relação de parentesco com o idoso dependente	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Cônjuge (Esposo/Esposa)	26	36,1
Mãe / Pai (do dependente)	3	4,2
Filho (a)	26	36,1
Irmão / irmã	2	2,8
Nora / Genro	2	2,8
Outro*	13	18,1

Nota: * o item “*outro*” foi uma questão de resposta aberta e inclui as respostas: amigos ($n = 8$), companheira ($n = 1$), cunhado/a ($n = 2$) e sobrinho/a ($n = 2$), o que perfaz um total de 13 “*outros*” graus de parentesco.

Para a caracterização da situação de vida do CI, representado na tabela 8, observa-se que a quase totalidade dos CI ou vive com o cônjuge (47,2% $n = 34$) ou vive com outros familiares que não o cônjuge (44,4% $n = 32$). Somente 3 (4,2%) dos cuidadores vivem sozinhos.

Dos 72 cuidadores entrevistados 61,1% ($n = 44$) vive com o idoso dependente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e desses 24 (33,3%) têm filhos a seu cargo e vivem com o idoso dependente na mesma casa, provavelmente porque o CI é cônjuge ou filho do dependente. Ressalvo, no entanto, que a maioria dos cuidadores (66,7% $n = 48$) já não tem filhos a seu cargo.

Quanto à presença de um segundo CI, que permita dividir as tarefas de cuidar, mais de metade dos inquiridos referiram possuir um segundo cuidador (54,2% $n = 39$).

Tabela 8 - Caracterização da situação de vida do CI ($n=72$)

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Situação de vida		
Vive Sozinho (a)	3	4,2
Vive com Cônjuge	34	47,2
Vive com Familiares	32	44,4
Outra	3	4,2
Vive com o idoso dependente		
Sim	44	61,1
Não	28	38,9
Tem filhos a seu cargo		
Sim	24	33,3
Não	48	66,7
Idoso dependente com segundo CI		
Sim	39	54,2
Não	33	45,8

No que concerne ao estado de saúde do CI (tabela 9), podemos constatar através da análise da amostra que os dois antecedentes pessoais mais prevalentes são a HTA com 34,1% ($n = 29$) seguido de diabetes Mellitus com 14,1% ($n = 12$).

Quanto há autoperceção do estado de saúde, uma minoria dos inquiridos consideraram possuir uma saúde muito fraca (5,6% $n = 4$) ou muito boa (2,8% $n = 2$). A grande maioria dos mesmos percebe a sua saúde como estando no nível bom 56,9% ($n = 41$) e somente 34,7% ($n = 25$) considera possuir uma saúde fraca.

Tabela 9 - Caracterização do estado de saúde do CI (n=72)

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Autoperceção do estado de saúde		
Muito fraco	4	5,6
Fraco	25	34,7
Bom	41	56,9
Muito Bom	2	2,8
Antecedentes de saúde		
HTA	29	34,1
Obesidade	5	5,9
AVC	4	4,7
Diabetes <i>Mellitus</i>	12	14,1
Hábitos Tabágicos	6	7,1
Hábitos Etílicos	1	1,2
Doença Psiquiátrica	4	4,7
Outro*	24	28,3

Nota: * o item “outro” foi uma questão de resposta aberta e inclui as respostas: antecedentes cardíacos ($n = 3$), doenças intestinais ($n = 2$), doença respiratória ($n = 3$), patologia da coluna ($n = 2$), entre outros.

Para a caracterização do tempo despendido na prestação de cuidados por parte do CI, representado na tabela 10, constata-se que do ponto de vista da média de horas diárias disponibilizadas para cuidar do idoso dependente, a maior percentagem dos inquiridos (43,1% $n = 31$) indicou que permanece mais de 12 horas a prestar cuidados. Um total de 15 cuidadores (20,8%) referiu que passa em média entre 6 a 12 horas em prestação de cuidados e exatamente o mesmo número de cuidadores (20,8% $n = 15$) relatou passar uma média inferior a 6 horas diárias. Somente 15,3% ($n = 11$) presta ajuda básica ao idoso dependente, isto é, preparar e providenciar refeições.

Quanto ao período de prestação de cuidados em meses ou anos, 55,6% ($n = 40$) dos inquiridos refere ser CI do idoso dependente há mais de 3 anos, 16,7 % ($n = 12$) entre 1 a 2 anos e somente 15,3% ($n = 11$) há menos de 6 meses.

A análise da tabela 10 permite-nos observar, que para a amostra representada neste estudo, os cuidadores não só ficam grande parte do seu dia a cuidar do idoso dependente, como também, essa atividade prolonga-se por vários anos.

Tabela 10 - Caracterização do tempo de prestação de cuidados (n=72)

Tempo de prestação de cuidados	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Em Média de Horas Diárias		
Ajuda Básica*	11	15,3
Inferior a 6 horas	15	20,8
6 a 12 horas	15	20,8
Mais que 12 horas	31	43,1
Em meses ou anos		
Menos de 6 meses	11	15,3
6 meses a 1 ano	9	12,5
1 a 2 anos	12	16,7
Superior a 3 anos	40	55,6

Nota: * preparar e providenciar refeições

3.2. Caracterização do nível de sobrecarga dos CI com recurso à ESC

Neste subcapítulo serão apresentados os dados relativos à escala de sobrecarga do cuidador e visa descrever os níveis de sobrecarga apresentados pelo CI da pessoa dependente, de acordo com os pontos de corte da escala. Esses dados serão depois distribuídos em relação aos dados de caracterização sociodemográfica.

Como já referido a ESC é constituída por 22 questões e cada uma delas é pontuada de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5), obtendo-se um score global que varia entre 22 e 110, em que, um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Para a população em estudo, o score médio da ESC situou-se nos 57,2 pontos, com uma mediana de 58,0 pontos e um desvio padrão de 17,43. O valor mínimo foi 27 e o valor máximo foi 94.

Recorrendo aos dados da tabela 11, observa-se que estamos perante uma população com elevados níveis de sobrecarga, com 68,1% ($n= 49$) da mesma a apresentar algum tipo de sobrecarga e somente 31,9% a se apresentar sem sobrecarga. Daqueles que apresentam

sobrecarga, 56,9% ($n= 41$) tem uma sobrecarga intensa e 11,2% ($n= 8$) apresenta sobrecarga ligeira.

Tabela 11 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC (n=72)

Níveis de Sobrecarga	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Sem sobrecarga (<46)	23	31,9
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	8	11,2
Sobrecarga intensa (> 56)	41	56,9
Total	72	100,0

Nota: Pontos de corte da ESC: < 46 = sem sobrecarga; entre 46 a 56 = sobrecarga ligeira; >56 = sobrecarga intensa (Sequeira, 2010).

Dos 41 cuidadores que apresentaram sobrecarga intensa 68,3% ($n= 28$) são do sexo feminino e 31,7 % ($n= 13$) são do masculino. Dos que apresentam sobrecarga ligeira 75% ($n= 6$) são do sexo feminino e somente 25% ($n= 2$) são do sexo oposto. Dos cuidadores sem sobrecarga temos que 73,9 % ($n= 17$) são do sexo feminino e 26,1% ($n= 6$) são do masculino, como representado na tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC e o género (n=72)

Níveis de sobrecarga	Género Feminino		Género Masculino	
	n	%	n	%
Sem sobrecarga (<46)	17	73,9	6	26,1
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	6	75,0	2	25,0
Sobrecarga intensa (> 56)	28	68,3	13	31,7

No que concerne à distribuição da sobrecarga pelo grupo etário (tabela 13) pode-se verificar que dos 43 adultos, com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos, 58,1% ($n= 25$) apresenta sobrecarga intensa, 14% ($n= 6$) sobrecarga ligeira e 27,9% ($n= 12$) não apresenta qualquer sobrecarga. Olhando para a população idosa, observa-se que 55,2% ($n= 16$) apresenta sobrecarga intensa, somente 2 (6,9%) apresenta sobrecarga ligeira e 37,9% ($n= 11$) não apresenta sobrecarga.

Analisando somente a população com mais de 50 anos de idade, verifica-se que 30,2% ($n= 16$) não apresenta qualquer sobrecarga, somente 9,4% ($n= 5$) apresenta sobrecarga ligeira e uns expressivos 60,4% ($n= 32$) apresenta sobrecarga intensa.

Tabela 13 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC e a grupo etário (n=72)

Níveis de Sobrecarga	Grupo Etário			
	Adulto (18 – 64 anos)		Idoso (≥65 anos)	
	n	%	n	%
Sem sobrecarga (<46)	12	27,9	11	37,9
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	6	14,0	2	6,9
Sobrecarga intensa (> 56)	25	58,1	16	55,2

Comparando agora os níveis de sobrecarga do CI com o estado civil, representado na tabela 14, observamos que dos 41 cuidadores com sobrecarga intensa 28 desses são casados representando uns expressivos 68,3% da amostra, seguidos de longe pelos divorciados/separados com 14,6 % ($n= 6$) e pelos solteiros com 12,2% ($n= 5$).

Nos cuidadores com sobrecarga ligeira não houve ninguém divorciado/separado nem viúvo, e a distribuição foi equitativa entre solteiros e casados, com 50% para cada um.

Dos cuidadores sem sobrecarga, 60,9% ($n= 14$) são casados, 21,7% ($n= 5$) são solteiros, 2 são divorciados e 2 são viúvos.

Neste caso os cuidados informais casados, apresentam maior sobrecarga quando comparados com os solteiros ou divorciados.

Tabela 14 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC e o estado civil (n=72)

Níveis de Sobrecarga	Estado Civil							
	Solteiro		Casado		Divorciado*		Viúvo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem sobrecarga (<46)	5	21,7	14	60,9	2	8,7	2	8,7
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0
Sobrecarga intensa (> 56)	5	12,2	28	68,3	6	14,6	2	4,9

Nota: * - Divorciado/separado

Examinando agora o tempo despendido diariamente na prestação de cuidados, representado na tabela 15, constata-se que dos 41 cuidadores que apresentam sobrecarga intensa mais de metade 53,7% ($n= 22$) passa mais de 12 horas por dia com o idoso

dependente a prestar cuidados, 19,5% ($n= 8$) despense entre 6 a 12 horas por dia a cuidar, somente 12,2% ($n= 5$) passa uma média diária inferior a 6 horas e 14,6% ($n= 6$) presta apenas uma ajuda básica ao idoso, isto é, preparar e providenciar as principais refeições.

Dos 8 cuidadores que apresentam sobrecarga ligeira, 50% ($n= 4$) passa uma média diária inferior a 6 horas com o idoso dependente e somente 25% ($n= 2$) mais de 12 horas.

Dos cuidadores que se apresentam sem sobrecarga, 30,4% ($n= 7$) passam mais de 12 horas com o idoso dependente e 6 (26,1%) passam um período entre 6 a 12 horas diárias. O mesmo número de cuidadores (26,1% $n=6$) passa uma média diária inferior a 6 horas e somente 1 cuidador presta ajuda básica ao idoso dependente.

Tabela 15 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC e o tempo despendido diariamente em prestação de cuidados ($n=72$)

Níveis de Sobrecarga	Tempo despendido diariamente a prestar cuidados							
	Ajuda Básica*		Inferior a 6 horas/dia		6 a 12 horas/dia		Superior a 12 horas/dia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem sobrecarga (<46)	4	17,4	6	26,1	6	26,1	7	30,4
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	1	12,5	4	50,0	1	12,5	2	25,0
Sobrecarga intensa (> 56)	6	14,6	5	12,2	8	19,5	22	53,7

Nota: * preparar e providenciar principais refeições diárias

Na tabela 16 estão representados os níveis de sobrecarga dos CI em relação ao período de prestação de cuidados em meses ou anos, e podemos observar que dos 41 cuidadores que apresentam sobrecarga intensa, 53,7% ($n=22$) deles cuidam do idoso dependente há mais de 3 anos, sendo que 19,5% ($n=8$) cuidam do idoso há mais de 1 ano e 11⁶ (26,8%) deles há menos de 1 ano.

Para a sobrecarga ligeira os valores são similares entre quem cuida há mais de 3 anos e há menos de 6 meses.

Dos 23 cuidadores que se apresentam sem sobrecarga, 65,2% ($n=15$) refere cuidar do idoso dependente há mais de 3 anos e somente 2 (8,7%) cuida há menos de 6 meses.

⁶ Somatório entre os clientes que cuidam entre 6 meses a 1 ano (12,2% $n=5$) e aqueles que cuidam há menos de 6 meses (14,6% $n=6$).

Existem 6 (26%) cuidadores que referem cuidar no período compreendido entre 6 meses e até aos dois anos de cuidados.

Tabela 16 - Distribuição dos CI por níveis de sobrecarga da ESC e o período de prestação de cuidados (meses/anos) (n=72)

Níveis de Sobrecarga	Tempo de prestação de cuidados em meses/anos							
	Inferior a 6 meses		Entre 6 meses a 1 ano		De 1 a 2 Anos		Superior a 3 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem sobrecarga (<46)	2	8,7	3	13,0	3	13,0	15	65,2
Sobrecarga ligeira (46 – 56)	3	37,5	1	12,5	1	12,5	3	37,5
Sobrecarga intensa (> 56)	6	14,6	5	12,2	8	19,5	22	53,7

3.3. Caraterização do nível de sobrecarga dos CI com recurso à análise dos principais fatores de sobrecarga da ESC

A escala de sobrecarga do cuidador está dividida em 4 fatores de sobrecarga, intitulados de “Impacto da prestação de cuidados” (IPC), “Relação interpessoal” (RI), “Expectativas face ao cuidar” (EC) e “Perceção de autoeficácia” (PA). A cada fator da escala é atribuída um determinado número de questões e cada questão é pontuada de 1 a 5, obtendo-se um score global que varia entre 22 e 110, com ponto central da escala de 66, e em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga.

O primeiro fator, IPC, agrupa 11 itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22) que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos no contexto do cuidador. O segundo fator, RI, agrupa os itens (4,5,16,18 e 19) que estão associados à sobrecarga entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. O terceiro fator, intitulado de expectativas face ao cuidar, é constituído por quatro itens (7,8,14 e 15) que estão relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados. O quarto e último fator, PA, consiste em dois itens (20 e 21) e abordam a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho (Sequeira, 2010).

Os fatores IPC e RI estão relacionados com a sobrecarga objetiva e os fatores EC e PA estão relacionados com a sobrecarga subjetiva (Sequeira, 2010).

Analisando cada uma das dimensões da escala, como representado na tabela 17, observa-se que para o IPC a pontuação varia entre os 11 e os 55 com ponto central nos 33. A média obtida nesta subcategoria foi de 29, com uma mediana de 29,5, um desvio padrão de 11,98, um valor mínimo de 11 e um máximo de 55.

Para a RI, cujos limites variam entre 5 e 25 com ponto central no 15, a média obtida foi de 9,96 com uma mediana de 9, um desvio padrão de 4,19, um valor mínimo de 5 e máximo de 23.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, para o fator de sobrecarga EC, os valores variam entre 4 e 20 com ponto central de 12, a média obtida foi de 14,07, a mediana 14,50, o desvio padrão foi de 3,45, o valor mínimo foi 6 e o máximo 20.

Para o último fator, percepção de autoeficácia, a pontuação varia entre os 2 e os 10 com ponto central no 6. A média obtida nesta subcategoria foi de 4,15, com uma mediana de 4,00, um desvio padrão de 1,98, um valor mínimo de 2 e um máximo de 10.

Constata-se que, para todos os fatores com exceção da EC, a média obtida é inferior ao ponto central para cada fator, o que implica uma menor sobrecarga para esses fatores. Essa evidência pode ser verificada nas tabelas seguintes, em que as questões são individualmente distribuídas pelas várias dimensões da escala, e que vai permitir um melhor entendimento das mesmas.

Tabela 17 - Distribuição dos CI pelos principais fatores de sobrecarga

Fatores de sobrecarga	Limites dos fatores	Ponto central	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IPC	11- 55	33	29,00	29,50	11,98	11,00	55,00
RI	5-25	15	9,96	9,00	4,19	5,00	23,00
EC	4-20	12	14,07	14,50	3,45	6,00	20,00
PA	2-10	6	4,15	4,00	1,98	2,00	10,00

Na tabela 18 está representado em termos de média, moda, mínimo e máximo, as respostas dos CI a cada item do fator de sobrecarga impacto da prestação de cuidados. Verifica-se que na quase totalidade dos itens os cuidadores evidenciam algum nível de sobrecarga objetiva, com uma média de respostas próximas do 3 (às vezes). A moda dos itens 2 e 3, permite identificar que muitos cuidadores sentem que não têm tempo para si,

demonstrando ansiedade por ainda ter que realizar outras tarefas do seu dia a dia, para além das tarefas diárias de cuidar do idoso dependente.

Tabela 18 - Itens do fator de sobrecarga, impacto da prestação de cuidados

Nº	Item	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2,42	1	1,31	1	5
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	3,06	3	1,39	1	5
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	3,18	5	1,35	1	5
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	2,22	1	1,37	1	5
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	2,69	1	1,39	1	5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2,67	1	1,55	1	5
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2,76	1	1,54	1	5
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	2,56	1	1,46	1	5
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1,78	1	1,16	1	5
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	2,58	1	1,51	1	5
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	3,08	3	1,45	1	5

Seguindo a linha de raciocínio anterior, representado na tabela 19 estão os itens referentes à relação interpessoal entre o cuidador e o idoso dependente. Neste caso, e contrariamente à dimensão anterior, constata-se que está não é uma dimensão muito afetada pelas tarefas de cuidar, uma vez que, em termos de média, as respostas dadas variam entre o 1 (nunca) e 2 (quase nunca) o que evidência uma sobrecarga mais baixa para o cuidador.

Tabela 19 - Itens do fator de sobrecarga, relação interpessoal

Nº	Item	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1,29	1	0,63	1	4
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1,86	1	1,13	1	5
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	2,43	1	1,38	1	5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	2,00	1	1,29	1	5
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2,38	1	1,30	1	5

A tabela 20 refere-se aos níveis de sobrecarga em relação ao fator expectativas face ao cuidar, e podemos observar que os cuidadores referem níveis elevados de sobrecarga com a média das respostas a variar entre os 3 (às vezes) e os 4 (muitas vezes). Para os itens 8 e 14 a resposta que mais se repetiu foi 5 (quase sempre) o que ajuda a reforçar a ideia de sobrecarga subjetiva por parte dos cuidadores.

Tabela 20 - Itens do fator de sobrecarga, expetativas face ao cuidar

Nº	Item	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3,43	3	1,17	1	5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	4,17	5	1,12	1	5
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3,68	5	1,54	1	5
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2,79	1	1,50	1	5

Por fim, a tabela 21, representa o fator de sobrecarga percepção de autoeficácia e neste caso observamos uma média de 2 (quase nunca) o que implica uma sobrecarga menor para o CI.

Tabela 21 - Itens do fator de sobrecarga, percepção de autoeficácia

Nº	Item	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1,97	1	1,07	1	5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1,97	1	1,08	1	5

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

4.1. Discussão dos resultados

No capítulo anterior foram apresentados os resultados obtidos através da aplicação do questionário sociodemográfico e da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, validada para a população portuguesa. Nesta fase procede-se à discussão dos dados recolhidos com o objetivo de responder às questões que estiveram na origem deste estudo, assim como aos objetivos que vão ao encontro do referencial teórico em que este se insere, e aos estudos ou trabalhos que, se relacionam com as questões em discussão.

A questão central do presente estudo foi: “Quais os níveis de sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM?”. Para a concretização do trabalho foram definidos como objetivos, caracterizar o cuidador informal do idoso dependente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e descrever os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal da pessoa dependente.

No que concerne à caracterização geral, a população em estudo é constituída por 72 CI de idosos dependentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, e mostraram que constituem uma população envelhecida com uma distribuição de idades a variar entre os 30 e os 92 anos, uma média de 59,4 anos e com quase 74% da amostra com mais de 50 anos de idade, sendo que desses, 40,3% têm mais de 65 anos de idade. O género dominante foi o feminino com uns expressivos 71%, e a quase totalidade dos CI ou vive com o cônjuge (47,2%) ou vive com outros familiares que não o cônjuge (44,4%). Uma percentagem mínima ou é viúvo ou separado/divorciado. Em relação ao estado civil, a maioria dos inquiridos (63,4%) é casado ou vive em união de facto, e apenas 20% são solteiros.

Os participantes apresentam maioritariamente um nível escolar baixo (1º ciclo do ensino básico) com 61,1%, e aqueles que frequentaram o ensino secundário representa 19,4 % da amostra. Uma pequena percentagem (8,3%) não sabe ler nem escrever da mesma forma somente 11,1% concluiu o ensino superior. A condição profissional mais prevalente é reformado ou inválido com 38,9%, seguido de trabalhador e doméstica ambos com 25% de representatividade na amostra. Em relação ao grau de parentesco dos dependentes com os CI, temos que 36,1% dos cuidadores são cônjuges dos dependentes, e a mesma percentagem (36,1%) são os filhos ou filhas.

Em relação à situação de vida dos CI temos que a maior parte vivem com o cônjuge (47,2%) e cerca de 54,2 % dos idosos, refere ter um segundo cuidador, que regra geral substitui o cuidador principal quando este está ausente.

No que diz respeito ao tempo despendido na prestação de cuidados, foi possível constatar que, do ponto de vista da média diária de horas disponibilizadas para cuidar do idoso dependente, a maior percentagem dos inquiridos indicou que permanece mais de 12 horas a cuidar do mesmo, perfazendo um total de 43,1%. Um total de 15 cuidadores (20,8%) referiu que passa em média entre 6 a 12 horas em prestação de cuidados e exatamente o mesmo número de cuidadores referiu passar uma média inferior a 6 horas diárias. Somente 15,3% presta ajuda básica ao idoso dependente, isto é, preparar e providenciar refeições. Quanto ao período de prestação de cuidados em meses ou anos, 55,6% dos inquiridos refere ser CI há mais de 3 anos, somente 16,7 % entre 1 a 2 anos e 15,3% há menos de 6 meses. Isto permite concluir que os cuidadores não só ficam grande parte do seu dia a cuidar do idoso dependente, como também, essa atividade prolonga-se por vários anos.

Recorrendo agora à ESC para avaliar os níveis de sobrecarga apresentados pelos CI, constatou-se que o score médio apresentado situou-se nos 57,2 pontos, com uma mediana de 58,0 pontos e um desvio padrão de 17,43. O valor mínimo foi 27 e o valor máximo foi 94. A população em estudo apresentou elevados níveis de sobrecarga com 68,1% ($n= 49$) da mesma a apresentar algum tipo de sobrecarga e somente 31,9% a se apresentar sem sobrecarga. Daqueles que apresentam sobrecarga, 56,9% ($n= 41$) tem uma sobrecarga intensa e 11,2% ($n= 8$) apresenta sobrecarga ligeira. Dos 41 cuidadores que apresentam sobrecarga intensa 68,3% desses são do sexo feminino e 31,7% do masculino.

No que concerne à distribuição da sobrecarga pelo grupo etário, verifica-se que, para a população com mais de 50 anos, 30,2% ($n= 16$) dos CI não apresenta qualquer sobrecarga, somente 9,4% ($n= 5$) apresenta sobrecarga ligeira e uns expressivos 60,4% ($n= 32$) apresenta sobrecarga intensa. Olhando para o estado civil, os CI casados apresentam a maior sobrecarga com 68,3% da amostra, seguidos de longe pelos divorciados/separados com 14,6 % e pelos solteiros com 12,2%.

Analisado agora, os quatro fatores que compõem a ESC, observa-se que para o primeiro fator, impacto da prestação de cuidados, a pontuação varia entre os 11 e os 55 com ponto central nos 33. A média obtida nesta subcategoria foi de 29, com uma mediana de 29,5, um desvio padrão de 11,98, um valor mínimo de 11 e um máximo de 55. Verifica-se que na quase totalidade dos itens os cuidadores evidenciam algum nível de sobrecarga objetiva, com uma média de respostas próximas do 3 (às vezes). A moda dos itens 2 e 3, permite identificar que muitos cuidadores sentem que não têm tempo para si, demonstrando ansiedade por ainda ter que realizar outras tarefas do seu dia a dia, para além das tarefas diárias de cuidar do idoso dependente.

Para o segundo fator, a relação interpessoal, cujos limites variam entre 5 e 25 com ponto central no 15, a média obtida foi de 9,96 com uma mediana de 9, um desvio padrão de 4,19, um valor mínimo de 5 e máximo de 23. Neste caso, e contrariamente à dimensão anterior, constata-se que está não é uma dimensão muito afetada pelas tarefas de cuidar, uma vez que, em termos de média, as respostas dadas variam entre o 1 (nunca) e 2 (quase nunca) o que evidencia uma sobrecarga mais baixa para o cuidador.

Para o terceiro fator, expectativa face ao cuidar, os valores variam entre 4 e 20 com ponto central de 12, a média obtida foi de 14,07, a mediana 14,50, o desvio padrão foi de 3,45, o valor mínimo foi 6 e o máximo 20. Para esta dimensão os cuidadores referem níveis elevados de sobrecarga com a média das respostas a variar entre os 3 (às vezes) e os 4 (muitas vezes). Para os itens 8 e 14 a resposta que mais se repetiu foi 5 (quase sempre) o que ajuda a reforçar a ideia de sobrecarga subjetiva por parte dos cuidadores.

Analisando agora o último fator, percepção de autoeficácia, a pontuação varia entre os 2 e os 10 com ponto central no 6. A média obtida nesta subcategoria foi de 4,15, com uma mediana de 4,00, um desvio padrão de 1,98, um valor mínimo de 2 e um máximo de 10. Neste caso observamos uma média de 2 (quase nunca) nas respostas dos cuidadores, o que implica uma sobrecarga menor, para este fator.

Avaliando os 4 fatores de sobrecarga, constata-se que, somente a dimensão EC apresenta uma média superior ao ponto central do próprio fator, estando os restantes com médias inferiores ao ponto central para cada fator. O primeiro e o terceiro fatores de sobrecarga são aqueles que evidenciam uma maior sobrecarga por parte dos CI, o primeiro mais direcionado para a sobrecarga objetiva e o terceiro para a subjetiva.

Face ao exposto, importa agora interpretar os dados e verificar se a evidência produzida neste estudo, vai ou não ao encontro dos estudos já realizados, e em que medida estes se comparam ou diferem, e quais as explicações para tal.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos CI, os resultados obtidos na sua generalidade seguem a linha dos dados produzidos por outros estudos já realizados tais como Ricarte (2009), Machado (2012), Machado P. A., (2013), Gemito (2015), Pereira (2015), Trindade, et al., (2017) entre outros. Estamos perante uma população de CI sobrecarregada, envelhecida, desempregada ou já reformada, maioritariamente do sexo feminino, que é cônjuge ou descendente do idoso alvo de cuidados e a viver na mesma habitação. Acresce um nível de escolaridade baixo, em que a maioria tem o 1º ciclo do ensino básico.

Analisando os resultados obtidos com recurso á ESC, concluímos que não só estamos perante uma população com elevados níveis de sobrecarga, como também, a maioria dos estudos realizados na área evidenciam o mesmo. No estudo de Ricarte (2009) 64,1% da população apresenta sobrecarga e desses 41% refere ter sobrecarga intensa. O mesmo acontece com Machado (2012) com 63,7% de sobrecarga total e desses 30,4% apresentaram sobrecarga intensa. Pereira (2015) encontrou uma população com um dos maiores níveis de sobrecarga, quando comparado com os estudos encontrados, com uns expressivos 86,7% de cuidadores que referem sobrecarga e desses 80% com sobrecarga intensa. Igualmente Trindade, et al., (2017) com valores muito similiares, refere 65% de sobrecarga total dos quais 45% é intensa.

No que diz respeito há idade e comparando os dados deste estudo com o estudo de Machado (2012), verificamos que a maioria dos cuidadores tem idades superior a 50 anos com 55,1% da amostra, sendo que desses 37,7% tem idade superior aos 65 anos com um máximo de 80 anos de idade. Também no estudo de Ricarte (2009) a maioria da população tem idade superior aos 50 anos com uma percentagem de 59% e uma idade máxima de 81 anos. Segundo Ricarte (2009) a idade pode agravar a sobrecarga do cuidador uma vez que os CI sentem os efeitos físicos relacionados com o esforço de cuidar (Ricarte, 2009).

O mesmo fio condutor pode ser traçado quando se trata do género do CI. Trindade, et al., (2017) no estudo de caraterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes, numa amostra com 65 cuidadores, 78,5% são do género feminino e somente 21,5% do masculino. Também Machado P. A., (2013) no seu estudo sobre o papel do prestador de cuidados, para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, para uma amostra de 115 CI, 90,4 % são do género feminino e menos de 10% do masculino. A tendência mantém-se no estudo de Ricarte (2009) em que 85,9% dos CI são do sexo feminino e somente 14,1% são do masculino. Almeida (2006) argumenta que acaba por ser um processo natural o facto de a mulher assumir o papel de cuidadora, uma vez que socialmente lhe é atribuído esse papel e culturalmente as mulheres assumem o controlo da esfera doméstica (Almeida, 2006). A OCDE num estudo realizado em 2019 confirma os dados dos estudos suprarreferidos e afirma que em média 61% dos CI são do sexo feminino, sendo que a Grécia e Portugal têm o maior desequilíbrio de gênero, com mais de 70% dos CI sendo mulheres (OECD, 2019).

Associando o género dos CI aos níveis de sobrecarga da ESC, validamos que não só as mulheres são as principais cuidadas, como suprarreferido, como são as que apresentam mais sobrecarga, quando comparadas com os homens. No presente estudo 68,3% das

mulheres inquiridas apresenta sobrecarga intensa, contra 31,1% de homens. Sucede o mesmo no estudo de Ricarte (2009), em que, as mulheres referem maior sobrecarga com 60,1% contra 3,8% dos homens. Em sentido inverso está Machado (2012) que fazendo uma associação similar entre os níveis de sobrecarga e o género do CI, apresenta resultados diferentes, referindo que foram os homens que apresentaram mais sobrecarga com uns expressivos 90%, contra 59,4 de mulheres.

Em relação ao estado civil, existe concordância nos estudos ao indicar que os CI são maioritariamente casados com o idoso dependente. No estudo de Machado P. A., (2013) 70,43% dos CI são casados com o idoso dependente, bem como no estudo de Ricarte (2009) que têm uma representatividade de 70,5%. Para Machado (2012) os casados representam 59,4%. Os conjuges efetivamente evidenciam-se na literatura como a principal fonte de assistência aos idosos dependentes (Machado P. A., 2013). Segundo Sequeira (2010) é o cônjuge, seguido das filhas que assumem o papel de cuidador primário, não só pela proximidade afetiva, mas pela responsabilidade do matrimónio, por solidariedade familiar, sentimento de gratidão e de reciprocidade e por obediência aos padrões e normas socioculturais (Sequeira, 2010). Garcia (2010) acrescenta que o fato dos idosos serem cuidados maioritariamente pelos seus cônjuges está relacionado com fatores de coabitação e de maior intimidade nas relações interpessoais que eliminam obstáculos na prestação dos autocuidados, tais como cuidar da higiene pessoal, entre outros (García, 2010).

Associando o estado civil dos CI aos níveis de sobrecarga da ESC, verificamos que efetivamente são os casados que referem mais sobrecarga com 68,3% destes a referir sobrecarga intensa. Curiosamente é exatamente o mesmo número de CI quando comparamos os dados do género com a ESC, podendo deduzir que são as esposas do CI que apresentam elevados níveis de sobrecarga, facto que só vem reforçar que realmente são as cuidadoras informais casadas, que referem maior sobrecarga. Nos estudos de Ricarte (2009) e Machado (2012) os resultados são semelhantes, com os casados a referir maiores níveis de sobrecarga quando comparados com solteiros, viúvos ou divorciados.

Loureiro, et al., (2013) refere que a proximidade e o tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o paciente anteriormente à doença/dependência contribuem para o processo de inserção e adaptação do cuidador a esse papel. Quando o cuidado é dispensado por um familiar próximo, pode haver tendência de que essa atividade seja mais bem administrada, pois a ligação preexistente de carinho, amor e atenção permite que o cuidado ocorra sem ser permeado por sentimentos negativos (Loureiro, Fernandes, Marques, Nóbrega, & Rodrigues, 2013).

As filhas dos cuidadores assumem um papel muito importante, pois juntamente com os cônjuges (mais frequentemente as esposas) são as que mais participam nas tarefas de cuidar, e isso está evidenciado no presente estudo em que o esposa/esposa e as filhas apresentam a mesma percentagem de participação com 36,1% cada um. Isto vai ao encontro dos achados de Machado P. A., (2013) em que as filhas representam 51,3% dos cuidadores, muito mais do que os cônjuges com 26,1%. Também no estudo de Machado (2012) as filhas têm um lugar de destaque como cuidadoras com 37,7%, com os cônjuges a representar 18,8% da amostra. A OCDE (2019) encontra resultados similares e indica que cerca de dois terços dos cuidadores cuidam dos pais ou do cônjuge, e os cuidadores com idades entre 50 e 65 anos têm maior probabilidade de cuidador dos pais enquanto que cuidadores com mais de 65 anos têm maior probabilidade de cuidar de um cônjuge (OECD, 2019). Trindade, et al., (2017) que no seu estudo obteve resultados semelhantes, justifica que esta situação acontece em grande parte devido ao papel da mulher na sociedade, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados à família (Trindade, et al., 2017).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, os resultados são semelhantes aos de Trindade, et al., (2017), Gemito (2015) e Pereira (2015), sendo unânimes ao afirmarem que os CI apresentam um nível de escolaridade a oscilar entre o 1º e 3º ciclo do ensino básico com 53,9% para o primeiro estudo, 40,7% para o segundo e 36,6% para o terceiro, representando a maior parte da população estudada para este parâmetro sociodemográfico, nos estudos supracitados. Estes dados estão em conformidade com o disposto pela PORDATA (2019) que indicam que Portugal é dos países da Europa com maior taxa de analfabetização e menor taxa de população com ensino secundário concluído.

Analisando agora a situação profissional dos CI, constatamos que Trindade, et al., (2017) Machado P. A., (2013) e Gemito (2015) nos seus estudos encontraram dados que apontam para uma população de cuidadores desempregada ou reformada. No caso de Gemito (2015) somente 33,6% encontra-se no ativo, contra 54,9% de cuidadores que ou estão reformados ou são domésticas/desempregados não desenvolvendo qualquer atividade profissional remunerada. Também Trindade, et al., (2017) e Machado P. A., (2013) chegam às mesmas conclusões com amostras em que maioritariamente os CI já não estão no ativo.

O papel do prestador de cuidados por vezes colide com o exercício de uma atividade profissional, pois por parte dos cuidadores, tem de haver uma resposta às necessidades de cuidados que surgem em momentos coincidentes com o horário de trabalho, bem como situações de urgência que podem ocorrer a qualquer momento e necessidades de acompanhamento a consultas ou exames médicos, levando a cansaço e desgaste físico e/ou

psíquico ou até mesmo a alguma patologia decorrente do exercício deste papel, com repercussões no desempenho laboral e baixa produtividade, levando ao não cumprimento da pontualidade, ou redução de horário, recurso a reforma antecipada, ou em última instância desistir de trabalhar ou ficar sem emprego (Machado P. A., 2013).

Quanto ao tempo dispensado na prestação de cuidados, Ricarte (2009) refere no seu estudo que 61,5% dos cuidadores presta cuidados praticamente todo o dia, com uma média de 18 a 24 horas/dia, com 75,6% dos cuidadores a referir que cuidam há mais de 3 anos. Isto pode ser explicado pelo facto de possuírem habitação conjunta, e serem casados ou parentes próximos do dependente. Machado (2012) chega às mesmas conclusões, com os cuidadores a indicarem que cuidam mais de 12 horas por dia, e que essa tarefa se mantém em média de 1 a 4 anos.

De acordo com um relatório da OCDE mais de 15% das pessoas com 50 ou mais anos já prestou cuidados a um parente dependente (dados referentes ao ano de 2010), sendo a maioria desses mulheres. Enquanto somente 34% providência cuidados apenas numa base semanal, a grande maioria (66%) presta cuidados numa base diária. Nos países do sul da Europa, tais como Portugal, Espanha e Itália, bem como na Polónia e na Eslovénia, onde existe uma forte cultura de membros familiares que prestam cuidados, mais de 75% dos cuidadores referem uma prestação de diária, enquanto que, em contraste, nos países mais a norte, como a Suécia, Dinamarca e Suíça, onde existe maior oferta de cuidados de longa duração fornecida por cuidadores formais, a proporção de familiares que prestam cuidados diariamente é mais baixa, com médias a variar entre os 42 e os 53% ao nível dos cuidados diários (OECD, 2019).

Andrade (2009) citando Lage (2005), refere que a quantidade de trabalho traduzida em horas de cuidado diário é preditora de sobrecarga. No entanto, e de forma surpreendente, os cuidadores que cuidam mais horas diárias têm uma perceção de maior vigor psíquico e energia do que os que cuidam menos horas. Estes resultados poderão ser explicados por uma melhor condição física dos cuidadores, subjacente à própria capacidade de prestar mais horas de cuidados (Andrade, 2009). Para o presente estudo não foi possível verificar esta relação, pelo que, estudos futuros são necessários.

Grande parte dos CI deste estudo referiram que tinham ajuda de um cuidador secundário, não principal, para suplementar ausências pontuais, e para alívio esporádico do cuidador. Machado (2012) encontrou resultados similares no seu trabalho, no entanto, no estudo de Trindade, et al., (2017) mais de metade dos idosos dependentes não possuíam um cuidador secundário, apesar de em ambos os estudos a população apresentar um grau elevado

de sobrecarga, independentemente de existir um segundo cuidador ou não. Considero que, mais investigação é necessária, pois não foi possível verificar uma ligação entre um elevado nível de sobrecarga do cuidador e o facto de o idoso dependente possuir um segundo cuidador. Gemido (2015) citando (Brito, 2002; Lage, 2005; Sequeira, 2007), refere que efetivamente ajudas e apoio na prestação de cuidados, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida do cuidador.

Analisando agora os quatro fatores que formam a ESC, e recorrendo a Machado (2012), que optou pela mesma abordagem, verifica-se que os seus achados são semelhantes ao do presente estudo, com o fator impacto da prestação de cuidados, a apresentar score médio inferior ao ponto central da escala, revelando um reduzido impacto da prestação de cuidados. Escrutinando um pouco mais as respostas dos cuidados a este fator, e apesar do score médio ser inferior ao ponto central do fator, é observável que na quase totalidade dos itens os cuidadores evidenciam algum nível de sobrecarga objetiva, com uma média de respostas próximas do 3 (às vezes). Isso é evidente nos estudos de Pereira (2012) e Trindade, et al., (2017) que apresentam uma média também próxima do 3 (às vezes) às questões deste fator, referindo, no caso de Trindade, et al., (2017) , que este foi o segundo mais afetado. Importa referir que para os autores suprarreferidos a média elevada de respostas à questão 22, evidencia que efetivamente os cuidadores se sentem sobrecarregados.

Para o segundo fator, relação interpessoal, e seguindo a linha de raciocínio anterior, constatamos que os achados deste estudo também estão em sintonia com Machado (2012) que apresenta uma média abaixo do ponto central do fator, evidenciando uma baixa sobrecarga. Machado (2012) explica que possivelmente, isto se deva ao facto de o estudo ter sido realizado em meio rural e em que o cuidado aos idosos é assumido de uma forma natural, como se já fosse previsível e incorporado na rotina diária da população. Pereira (2012) e Trindade, et al., (2017) obtém as mesmas conclusões, em que as médias das respostas varia entre o 1 (nunca) e 2 (quase nunca), estando abaixo do ponto médio da escala, revelando que este fator não é motivo de sobrecarga para o prestador de cuidados.

O terceiro fator, expectativas face ao cuidar, revela uma sobrecarga elevada e os dados são corroborados por Trindade, et al., (2017) que refere que está foi a dimensão do bem-estar do cuidador mais afetada uma vez que os itens 7, 8, 14 e 15 corresponderam aos itens mais pontuados. Denota-se que efetivamente os cuidadores têm receio em relação ao futuro do seu familiar (item 7), demonstrando preocupação pelo facto de este sentir que é totalmente dependente de si (item 8) e consideram que não dispõem de economias suficientes para cuidar do seu familiar e ainda tratar do resto das suas despesas pessoais (item 15). O

fator financeiro, apesar de não ter sido explorado no presente trabalho, constitui uma fonte de preocupação para o CI. Machado P. A., (2013) aborda essa questão no seu trabalho e refere que a maioria dos prestadores de cuidados considera estar muito sobrecarregado financeiramente, ao cuidar do seu familiar idoso. Figueiredo (2007) afirma que: *“a prestação de cuidados constitui mais um encargo financeiro para as pessoas que a assumem, que se torna mais pesado para os cuidadores que pertencem às camadas sociais economicamente mais frágeis e para os que cuidam de idosos com demência”*.

O quarto e último fator, percepção de autoeficácia, reúne consenso entre os autores, Pereira (2015) e Machado (2012), como sendo o fator da ESC que evidencia menor sobrecarga por parte dos CI, deixando implícito que os cuidadores sentem que fazem um bom trabalho a cuidar do idoso dependente, considerando-se satisfeitos com a sua prestação.

Olhando para os resultados de uma forma geral, constata-se que os cuidadores apresentam sobrecarga objetiva e subjetiva, evidenciado através dos fatores impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal. Esses dados juntamente com os scores totais da ESC são taxativos ao afirmar que efetivamente, a população estudada de CI está sobrecarregada.

4.2. Pontos fortes e limitações do estudo

O presente estudo fornece novos conhecimentos sobre o tema em questão e contribui com informação detalhada sobre uma realidade da RAM, para que futuramente possam ajudar a melhor planear e direccionar os cuidados de enfermagem de reabilitação aos CI, tendo por base, a sua caracterização sociodemográfica e o grau de sobrecarga apresentado.

Um dos pontos fortes do estudo, foi o recurso à ESC, por ser um instrumento validado para a população portuguesa, e com validações para diversos outros países, facto que atesta a sua fiabilidade e usabilidade para caraterizar a sobrecarga do CI.

Uma das limitações foi o facto de ter sido um estudo do tipo transversal. Os CI estudados, foram aqueles cujos idosos dependentes foram alvo de cuidados pelo EEER num determinado dia. Esse fator limitou o tamanho da amostra, o que compromete a generalização dos resultados para toda a população, nomeadamente, quando falamos de uma área geográfica com grande variabilidade, como é reconhecida à RAM. Em estudos futuros seria pertinente alargar a amostra e a sua representatividade.

Investigação futura deverá igualmente considerar o estudo aprofundado do idoso dependente. O conhecimento sobre o idoso dependente será importante para analisar

relações entre os graus de dependência dos mesmos e os níveis de sobrecarga dos CI. Isso permitirá determinar se efetivamente um idoso com mais dependência corresponde a um cuidador mais sobrecarregado, ajudando assim os EEER a planear melhor as suas intervenções direcionando-as não só para o CI, mas também para o idoso dependente. Tentar minimizar ou reduzir a dependência do idoso, munindo-o de armas para melhor gerir o seu dia a dia e o autocuidado, pode tornar-se numa arma importante no sentido de reduzir a sobrecarga do cuidador, no entanto, mais estudos nesta área são necessários para atestar esta possibilidade.

O presente estudo permitiu caracterizar os CI da RAM e aumentar o conhecimento sobre os seus níveis de sobrecarga. Mais estudos são também necessários para aferir as necessidades dos mesmos, no sentido de delinear intervenções de enfermagem de reabilitação que possam diminuir os seus níveis de sobrecarga.

CONCLUSÃO

As alterações demográficas da população mundial e o progressivo aumento do envelhecimento, como consequência do aumento da esperança média de vida e de melhores cuidados em saúde, traduz-se num acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes e, por conseguinte, num aumento de pessoas em situação de dependência domiciliar, que requerem a ajuda e assistência de familiares para dar resposta às suas necessidades mais básicas. Esta problemática tem vindo a ganhar destaque com estudos a nível mundial a revelar que efetivamente existem muitos cuidadores informais, que prestam uma panóplia de cuidados, desde assistência e suporte nas ABVD e AIVD, até apoio emocional e companhia, por forma a ajudar o idoso a lidar com as pressões decorrentes do facto de estarem numa situação de dependência.

Estudos recentes comprovam que cerca de 80% dos cuidados prestados na Europa são prestados por CI, afetando de forma nefasta as suas vidas e levando a sobrecargas intensas por parte dos mesmos.

Cada vez mais surge a necessidade de apoiar o CI, por forma a dar suporte à sua atuação. Em Portugal foi recentemente publicada legislação nesse sentido, legislação essa que ajudou a definir o que é o CI principal e não principal, enquadrando legalmente a definição de pessoa cuidada e definiu direitos e deveres dos CI. Todavia, ainda não estão regulamentados as condições e os termos do reconhecimento do CI, os quais serão regulados por diploma próprio.

O presente estudo, integrado no projeto conjunto de investigação “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização” (ER-RAM) permitiu contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico relevante para a prática de enfermagem de reabilitação, tendo sido possível colher informação por forma a caraterizar o cuidador informal do idoso dependente, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e descrever os níveis de sobrecarga apresentados pelo mesmo.

As conclusões do presente estudo emergem dos objetivos propostos, da estrutura da investigação, das questões formuladas e da análise e interpretação dos dados. O perfil dos cuidadores vai ao encontro do perfil habitual encontrado por diversos estudos nacionais e internacionais, com foco no CI, e que alertam para o facto dos mesmos apresentarem elevados níveis de sobrecarga e terem que ser ajudados na sua atuação. Efetivamente estamos perante uma população de cuidadores sobrecarregada, envelhecida, desempregada

ou já reformada, maioritariamente do sexo feminino, que é cônjuge ou descendente do idoso alvo de cuidados e a viver na mesma habitação. Com um nível de escolaridade baixo em que a maioria tem somente o 1º ciclo do ensino básico. Os resultados do estudo indicam que, quando os idosos adquirem algum grau de dependência, é à família que recorrem e a quem pedem apoio, nomeadamente ao elemento feminino, regra geral, a esposa ou uma filha. A sobrecarga por estes apresentada, e de acordo com os fatores de sobrecarga da ESC, é tanto objetiva como subjetiva, evidenciando que futuramente mais estudos são necessários no sentido de delinear intervenções adequadas e dirigidas para a especificidade da sobrecarga apresentada pelos CI, sendo também necessário alargar as investigações no sentido de criar programas e políticas de intervenção que se baseiem em dados empíricos que espelhem a especificidade da RAM, como foi o caso do presente estudo.

A realização do presente trabalho permitiu ter um vislumbre da realidade dos CI da RAM e conjecturar que a intervenção do EEER no domicílio deve passar pela identificação das necessidades do idoso dependente, para posteriormente planear intervenções individualizadas e dirigidas para a pessoa/ cuidador/ família, permitindo assim, melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso.

É importante salientar que, existem poucos trabalhos que contemplem os aspetos positivos do bem-estar do cuidador, nomeadamente, a satisfação com a vida e com o cuidar. Devido à ênfase que tem sido colocada sobre as dificuldades e sobrecarga que decorrem da tarefa de cuidar, os aspetos positivos, nomeadamente, as satisfações têm sido ignoradas. Todavia, dificilmente se pode apoiar de forma adequada os cuidadores sem uma compreensão do contexto de prestação de cuidados.

Finalizamos citando Machado (2012) que refere que *...há muito que desenvolver nesta área em prol da melhoria da assistência à família que enfrenta no seu quotidiano situações diversas, no cuidar de um idoso dependente e portador de uma ou mais patologias crónicas.*

Vê-se no horizonte a premência desta temática, particularmente para a enfermagem de reabilitação, uma vez que quando a funcionalidade não pode ser restaurada, alguém terá de assumir a tarefa assistencial, porém, esse alguém não pode ser esquecido e tal qual o doente, precisa de ser cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E. P., & Ramos, S. V. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: O papel do cuidador informal*. Retrieved from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>
- Almeida, T. L. (2006). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(6). Retrieved from <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/38>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washiongtion, DC: Author
- Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. mestrado em ciências da educação, área de especialização em educação para a saúde (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (10 de 2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade: Um desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-53. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Care Alliance Ireland. (2015). *Family caring in Ireland*. Retrieved from https://www.carealliance.ie/userfiles/files/Family_Caring_In_Ireland_March2015.pdf
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Lisboa: Almedina.

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 127-136. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014

Cuidadores de Portugal. (2016). *Cuidadores: Melhorar a vida de quem cuida*. Retrieved from <http://cuidadores.pt/pt-pt>.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *A saúde da população Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014-pdf.aspx>

Direção Região de Estatística da Madeira. (2018). *Estatísticas demográficas da região autónoma da Madeira*. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografia-pt/demografia-publicacoes-pt.html>

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 set 2009). Lei n.º 111/2009. *Diário da República n.º 180, Série I*

European Association Working for Carers. (2017). *The EU pillar of social rights: What does it all mean for carers across Europe?*. Bélgica: Author

Evercare. (2007). *Family caregivers: What they spend, what they sacrifice*. Retrieved from <https://www.aarp.org/research/topics/care/info-2016/family-caregivers-cost-survey.html>

Favero, L., Pagliuca, L. F., & Lacerda, M. R. (2012). Cuidado transpessoal em enfermagem: Uma análise pautada em modelo conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(2), 500-505. Doi: 10.1590/S0080-62342013000200032.

Ferrer, L. (2015). *Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools*. Retrieved from

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf

Figueiredo, D. M. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10773/4664>

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

García, J. R. (2010). *Los tiempos de cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Retrieved from <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

Gemito, M. L. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(2), 132-144. Retrieved from http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/index

Grelha, P. A. (2009). *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário* (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: Whotakes care of them?*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/242673212_Informal_Carers_Who_Takes_Care_of_Them

Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Retrieved from https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_de

t&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estatísticas demográficas*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&selTab=tab0&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Indicadores demográficos*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto da Segurança Social. (2019). *guia prático: complemento por dependência*. Retrieved from <http://www.seg-social.pt/iss-ip-instituto-da-seguranca-social-ip>

Leuschner, A. (2005). Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In A. Caldas, & A. Mendonça (Eds.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 237-250). Lisboa: Lidel.

Loureiro, L., Fernandes, M. M., Marques, S., Nóbrega, M. L., & Rodrigues, R. P. (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), 1133 - 1140. Doi: 10.1590/S0080-623420130000500017

Machado, P. A. (2013). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado* (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15344>

Machado, S. C. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira). Retrieved from <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. Doi: 10.1097/PHM.0b013e3182466162.

- Martín, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6(4), 338-346. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2959659>
- Martins, R. A. (2011). A Dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9460/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL%20-%20DEPEND%C3%8ANCIA%20NO%20AUTOCUIDADO%20-%20202.pdf>.
- PORTUGAL. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação - Parecer nº 12/2011. 2010-09-12. Parecer sobre atividades de vida diária. Acessível na Ordem dos Enfermeiros
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*. Retrieved from <https://www.app.com.pt/medidas-de-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais-documento-enquadrador-perspetiva-nacional-e-internacional>
- Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance - OECD indicators*. Paris: Author
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: Author.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Suíça: Author.
- Paixão Jr., C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.
- Perovano, D. G. (2014). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Curitiba: InterSaber.


- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- PORDATA. (2018). Retrato de Portugal. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Retratos/2019/Retrato+de+Portugal-83>
- PORDATA. (2019). Índices de envelhecimento. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set 1996). Regulamento n.º 161/96. *Diário da República n.º 205, Série I-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 jun 2006). Decreto lei n.º 101/2006. *Diário da República n.º 109, Série I-A*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 Fev. 2011). Regulamento n.º 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º35, 2ª série*.
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. (08 ago 2019). Decreto Lei n.º 100/2019. *Diário da República n.º 148, Série I*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (03 mai. 2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85, 2ª Série*.
- Ranmuthugala, G., Nepal, B., & Brown, L. (2009). Impact of home based long term care on informal carers. *Australian Family Physician*, 38(8), 618-620. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19893784/>
- Rebelatto, J. R., & Morelli, J. G. (2004). *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole.

- Ricarte, L. F. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rosa, M. J. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, F. F. (2016). *Determinantes da fecundidade em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Scazufcas, M. (2002). Versão brasileira da escala burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria.*, 24(1), 12-17. Doi: 10.1590/S1516-44462002000100006.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, (12), 9-16. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491-500. Doi: 10.1111/jocn.12108
- Silva, C. M., Valente, G., Bitencourt, G. R., & Brito, L. N. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15, 548-551. Doi: 10.5380/ce.v15i3.18902
- Silva, M. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-202). Lisboa: Climeps Editores.
- Simões, A. L., Ferreira, P. L., & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, 6, 9-15.

- Sousa, L. D., Gomes, G. C., & Santos, C. P. (2009). Precepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. *EENF – Escola de Enfermagem*. Retrieved from <http://repositorio.furg.br/handle/1/1160>
- Sulter, G., Steen, C., & De Keyser, J. (1999). Use of the barthel index and modified rankin scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30(8), 1538-1541. Doi: 10.1161/01.STR.30.8.1538
- Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(3), 178-86. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2182-51732017000300003&lng=pt&nrm=iso
- United Nations. (2019). *World population prospects 2019*. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/65plus/900>
- Von Elm, E., Altman, D., Egger, M., Pocock, S., Gotsche, P., & Vandembroucke, J. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *British Medical Journal*, 33(5). Doi: 10.1136/bmj.39335.541782.AD
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Author
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>, World Health Organization, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Madrid.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1983). *The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview*. Pennsylvania: Pennsylvania State University.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESC NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

De: Carlos Sequeira carlossequeira@esenf.pt 
Assunto: FW: Pedido de autorização para utilizar Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)
Data: 8 de abril de 2019, 09:43
Para: pedrodfd@gmail.com



Exmo. Pedro Dantas

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu trabalho de investigação.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação e não podem ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto, se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,
Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NuriD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2



info_utiliza_instrumentos.doc



escala_sobrecarga_cuidadora.doc

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO SESARAM, E.P.E.



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização." 31-7-19

Autógrafo de
Teresa o proponent
da decisão
31-7-19

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento N.º 35 de 2019, pedido submetido pela **Prof.ª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.

A.2 O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.

A.3 Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- B.1** Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.
- B.2** Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS

- C.1** Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.
- C.2** Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de
Julho de 2019 da CES por
unanimidade.

Aprovado após avaliação pela CCI.

O presidente da CES/SESARAM, EPE



(Ribeiro Santos)

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Paula Pinto)

ANEXO C – FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrados de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Folha de Informação ao Participante

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que informação sobre a sua saúde em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação de que é alvo será recolhida e analisada.

Qual é o Objectivo deste Estudo?

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: o nível de independência, qualidade de vida, atividade física, dependência dos cuidados de reabilitação, satisfação, preparação para a alta, equilíbrio, força e capacidade aeróbica.

O que é que este estudo envolve?

No que respeita ao cliente alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de entrevista e avaliações clínicas simples (como a avaliação da força, equilíbrio, frequência cardíaca e outras). No que se refere aos cuidadores, a recolha dos dados será através de questionário de auto-preenchimento.

Onde decorrerão as atividades deste estudo?

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E, que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público ou é cuidador informal.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como, muitas pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, voluntários residentes na Região Autónoma da Madeira.

Existem risco nesta participação?

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o cliente. Os testes físicos realizados serão de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas actividades de vida diárias, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

Existem benefícios por participar?

Todos os participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar outros clientes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais serão as condições de privacidade?

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

Existem custos envolvidos?

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais, além das já previstas para a deslocação ao local onde é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

Que tempo terei de despende?

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para um momento de avaliação (com fraccionamento e marcação de acordo com a sua disponibilidade), com a duração máxima de 1 hora.

Quais são os meus direitos?

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

Data: _____

ANEXO D – FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Participante. Entendo o significado

desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: _____ **Data:** _____

Assinatura do Investigador: _____ **Data:** _____

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação