

**Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar**

**Luís Miguel Pereira Rodrigues**

**Relatório de estágio/Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientado por:

Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Doutora Elisabete Patrícia Pereira Rodrigues

**Bragança, maio, 2018**

**Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de  
Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e  
prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar**

**Luís Miguel Pereira Rodrigues**

**Relatório de estágio/Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde  
de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientado por:

Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Doutora Elisabete Patrícia Pereira Rodrigues

**Bragança, maio, 2018**

## RESUMO

**Introdução:** O acréscimo da esperança média de vida, a par do agravamento das doenças crónicas, contribui para o aumento de pessoas dependentes com necessidade de cuidados em contexto domiciliário. Deste modo, os cuidadores informais constituem um grupo de extrema importância na tarefa de prestação de cuidados, que face ao seu carácter contínuo pode causar problemas de bem-estar físico e psicológico do cuidador.

**Objetivo:** Avaliar o nível de sobrecarga e incidência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal antes e após dois meses da implementação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

**Métodos:** Estudo quasi-experimental, transversal e quantitativo. Foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica, o Questionário Nórdico Músculo-esquelético, o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal e implementado um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação. Os dois últimos instrumentos foram aplicados antes e depois do referido programa de intervenção.

**Resultados:** Cuidadores maioritariamente femininos (60%); idade média de 72 anos; 78,3 % reformados; nível de escolaridade baixo; cuidam em média há 2,2 anos, durante 6,4 horas por dia; 75% vivem na mesma habitação e 71,7% tem auxílio na prestação de cuidados. Apresentam níveis de sobrecarga mais elevada: os mais velhos; com menos habilitações literárias; profissionalmente ativos; com problemas de saúde; os que prestam cuidados há mais tempo e durante mais horas por dia; os que coabitam com o dependente. A incidência de lesões músculo-esqueléticas é maior nas regiões “Punho/mãos”, “Lombar” e “Ancas/coxas”. Os níveis médios de sobrecarga, incidência de lesões músculo-esqueléticas e intensidade de dor diminuíram após a implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

**Conclusões:** O programa de intervenção de enfermagem de reabilitação diminuiu os níveis de sobrecarga do cuidador, bem como a percentagem de cuidadores que identificaram problemas nas regiões anatómicas avaliadas. Estes resultados apontam para a necessidade de implementação de programas de apoio ao cuidador informal.

**Palavras-chave:** Cuidador informal; Domicílio; Sobrecarga cuidador; Lesões músculo-esqueléticas; Programa de intervenção; Enfermagem de reabilitação.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Growing life expectancy at birth and the aggravation of chronic diseases led to the increase of dependent people who need home care. In this context, informal caregivers play an extremely important role. The continuous nature of informal care can cause physical and psychological problems to caregivers.

**Objective:** To assess the level of overload and the incidence of musculoskeletal injuries in informal caregiver before and after two months of the implementation of a rehabilitation nursing intervention program.

**Methods:** Quasi-experimental, transversal and quantitative study. Several methodological instruments were used: a sociodemographic characterization questionnaire, the Nordic Musculoskeletal Questionnaire, and the Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire. Additionally, a rehabilitation nursing intervention program was implemented. Both Nordic Musculoskeletal Questionnaire and the Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire were applied before and after this intervention program.

**Results:** Caregivers are mainly women (60%); average age is 72 years old; 78,3% are retired; 75% share the same house and 71,7% have assistance in providing care. Respondents who are more overloaded with care tasks are: the older; those who have lower levels of schooling; the employed; those who have health problems; those who are long-term caregivers and provide care more hours per day; those who inhabit the same house of the dependent. The injury rate is higher in the “Fist/hands”, “Low back”, “Hips/thighs”. The average level of overload, the incidence of musculoskeletal injuries and the intensity of pain decreased after the implementation of the rehabilitation nursing intervention program.

**Conclusions:** Caregiver overload was lowered by the rehabilitation nursing intervention program, as well as the proportion of caregivers who have problems in the anatomical regions under evaluation. These results pinpoint the need to put in place programs to support informal caregivers.

**Keywords:** Informal caregiver; Residence; Caregiver overload; Musculoskeletal injuries; Intervention program; Rehabilitation nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que me apoiaram, acreditaram em mim e possibilitaram a realização deste trabalho:

À minha orientadora, Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes, pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos durante o meu percurso académico.

À minha família, em especial mãe, irmã e esposa, também elas excelentes cuidadoras e lutadoras, sempre me acompanharam em todos os meus passos, sendo elas a minha fonte de inspiração e motivação.

Ao meu pai e à minha querida filha.

Aos meus avós que já partiram...

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

CI: Cuidador informal

CI: Cuidadores informais

QASCI: Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

QNM: Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-Esquelético

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
1. A FAMÍLIA .....	14
2. FUNÇÕES DA FAMÍLIA .....	16
3. O CUIDADOR FAMILIAR/INFORMAL.....	17
3.1. O Cuidar na Perspetiva do Cuidador Familiar/Informal .....	19
3.2. Impacto do Cuidar no Bem-Estar do Cuidador Informal e da Família .....	21
4. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL .....	23
5. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CUIDADOR INFORMAL.....	25
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	28
1. METODOLOGIA .....	29
1.1. Tipo de estudo .....	29
1.2. Problema e objetivos .....	29
1.2.1. Objetivo Geral .....	30
1.2.2. Objetivos Específicos .....	30
1.3. População e Amostra.....	30
1.4. Instrumento de colheita de dados – Programa de intervenção de enfermagem de reabilitação .....	31
1.4.1. Instrumento de colheita de dados – Questionário de caracterização sociodemográfica; Questionário de diagnóstico da incidência de lesões músculo- esqueléticas; Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal .....	34
1.5. Plano de intervenção .....	39
1.6. Procedimento.....	42
1.7. Tratamento e análise dos dados.....	43
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	44

2.1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos .....	44
2.2. Resultados QASCI .....	51
2.2.1. Subescalas QASCI .....	55
2.3. QNM Momento 1 vs Momento 2 .....	57
2.4. Relação entre QASCI e QNM .....	60
2.5. Relação QASCI/QNM e dados de caracterização sociodemográficos .....	60
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	66
3.1. Perfil dos Cuidadores Informais .....	67
3.1.1. Idade .....	67
3.1.2. Género .....	68
3.1.3. Estado Civil .....	68
3.1.4. Nível de Escolaridade .....	68
3.1.5. Situação Laboral .....	69
3.1.6. Problemas de Saúde .....	70
3.1.7. Há quanto tempo assume o papel de cuidador informal .....	70
3.1.8. Relação de Parentesco .....	70
3.1.9. Partilha da responsabilidade pela prestação de cuidados .....	71
3.1.10. Tempo utilizado na função de cuidador .....	71
3.1.11. Coabitação .....	72
3.1.12. Existência de outros dependentes a seu cargo .....	72
3.2. Resultados QASCI – Consequências negativas associadas ao cuidar .....	72
3.3. Níveis de Sobrecarga do CI após implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação .....	73
3.4. Incidência de lesões músculo-esqueléticas no CI e influência do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação .....	74
3.5. Relação entre QASCI e QNM .....	75
CONCLUSÃO .....	76
BIBLIOGRAFIA .....	80
ANEXOS .....	87
ANEXO A: Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal .....	88

ANEXO B: Pedido e autorização para a aplicação do questionário de diagnóstico da incidência de lesões musculoesqueléticas-questionário Nórdico Músculo – Esquelético (QNM).....	91
ANEXO C: Questionário de diagnóstico da incidência de lesões musculoesqueléticas-questionário Nórdico Músculo – Esquelético (QNM) .....	94
ANEXO D: Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)).....	97
ANEXO E: Pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados.....	102
ANEXO F: Declaração de Consentimento Informado .....	104

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1: Descrição das subescalas QASCI; (Martins et al., 2003)</b> .....	38
<b>Quadro 2: Programa de intervenção de enfermagem de reabilitação</b> .....	41
<b>Quadro 3: QASCI Momento 1 vs Momento 2</b> .....	55
<b>Quadro 4: Sobrecarga percentual</b> .....	57
<b>Quadro 5: QNM Momento 1 vs Momento 2</b> .....	59
<b>Quadro 6: QASCI Global Momento 1</b> .....	62
<b>Quadro 7: Relação de dados sociodemográficos com QNM</b> .....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos por escalões etários .....</b>	<b>44</b>
<b>Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos por género.....</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos por estado civil .....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade.....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 5: Situação laboral.....</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 6: Problemas de Saúde.....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 7: Distribuição dos inquiridos por grau de parentesco.....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 8: É a única pessoa da família responsável pela prestação dos cuidados? .....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 9: Vive na mesma habitação que o seu familiar? .....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 10: Tem a seu cargo outras pessoas dependentes? .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

O avanço da medicina ao longo dos tempos contribuiu para o aumento da esperança média de vida, verificando-se um aumento das doenças crónicas, algumas das quais progressivamente incapacitantes e incuráveis. O principal paradigma da preocupação em saúde deixou de ser a doença aguda e as doenças infecciosas, mas sim as patologias crónicas, que persistem e se agravam ao longo do tempo (Pimentel, 2006).

Assim, “esta conquista do tempo de vida afigura-se como um dos maiores feitos da humanidade, representando mais tempo para o desenvolvimento pessoal, mas paradoxalmente, um motivo de preocupação” (Figueiredo, 2007, p. 23). O facto é que o aumento da esperança média de vida também aumentou a exposição e vulnerabilidade ao risco de desenvolver doenças crónicas e incapacitantes.

Segundo Ribeiro (2013), o aumento da população idosa, acompanhado do desenvolvimento e agravamento de doenças crónicas, apresentam-se como determinantes para o aumento de indivíduos com elevado grau de dependência e, portanto, dependentes de terceiros no seu contexto familiar e meio habitual de vida. A inevitável associação destes dois fatores, implica a crescente necessidade de cuidados desta população, o que conseqüentemente potencia a necessidade da existência de cuidadores informais (CIs), cujo papel na maioria das situações é assumido pelo familiar cuidador (Martins, Corte, & Marques, 2014).

O exercer do papel de cuidador informal (CI) da pessoa dependente na comunidade deve constituir um foco de atenção da sociedade em geral, contrariando a ideia comum do abandono familiar e da fragilidade da noção da família da atualidade (Figueiredo & Sousa, 2008). Neste sentido, vários estudos Europeus divulgam que a família ainda é o principal apoio dos seus elementos mais idosos (Cerqueira, 2005).

Porém, apesar da realidade de Portugal ser uma população envelhecida, dependente e com elevados gastos de saúde, só há poucos anos algumas políticas têm vindo a incidir num conjunto de medidas e orientações relativas aos problemas do envelhecimento e da necessidade da existência de CIs na comunidade (Leuschner, 2005). Neste sentido surge a necessidade de investimento na área dos cuidados no domicílio, uma vez que o seu objetivo consiste em proporcionar a mais elevada qualidade de vida possível ao doente/família/cuidador informal.

É imprescindível que o enfermeiro de reabilitação, tenha não só como unidade de observação o dependente com necessidades evidentes de cuidados, mas também a pessoa que assume o papel de CI. Este deve ter competências e conhecimentos que permitam o adequado acompanhamento ao doente, bem como habilidades que lhe permitam prevenir ou minimizar a sobrecarga e as lesões músculo-esqueléticas que frequentemente são associadas ao cuidar.

Os cuidados de reabilitação têm como objetivo desenvolver um conjunto de ações que promovam às pessoas com incapacidade e/ou deficiência, bem como aos que lhe são próximos a aquisição de ferramentas, que lhe permitam suprimir os fatores geradores de desvantagem. Neste contexto, o cuidar de uma pessoa com problemas de saúde implica necessariamente cuidar também da sua família ou cuidador, dado que os problemas existentes afetam toda a estrutura e dinâmica familiar (Cardoso, 2011).

Emerge, portanto, a necessidade de desenvolver no seio da enfermagem de reabilitação, conhecimentos e práticas que contribuam para o alívio da sobrecarga do cuidador, que previnam o surgimento de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar e promovam o seu bem-estar. Os CIs necessitam de uma vasta intervenção, que pode envolver diversas áreas, nomeadamente assistência/acompanhamento, educação, ensinamentos, informação e esclarecimento de todos os benefícios (Mok, Chan, Chan & Yeung, 2003).

Neste sentido, dado que existe pouca informação sobre a existência de programas de enfermagem de reabilitação que diminuam os níveis de sobrecarga e previnam o surgimento de lesões músculo-esqueléticas no CI, surgiu o interesse por investigar esta temática. O desenvolvimento deste trabalho de investigação tem por objetivo a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Para a concretização do presente trabalho de investigação definimos como objetivo principal:

- Avaliar o nível de sobrecarga e incidência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal antes e após dois meses da implementação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Para a sua concretização, desenvolveu-se um estudo quasi-experimental em que se utilizou uma abordagem quantitativa. Os instrumentos de recolha de dados consistiram na recolha de informação sobre níveis de sobrecarga e incidência de lesões de músculo-esqueléticas no CI, relacionando-os com a aplicação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

O estudo apresentado encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte denominada de enquadramento teórico do estudo, contempla o suporte científico, onde se procurou realizar uma abordagem transversal sobre a importância do papel do CI e qual a intervenção do enfermeiro de reabilitação. Dados estes, fundamentais para melhor justificar a compreensão da temática abordada.

A segunda parte, a investigação empírica, descreve o enquadramento metodológico da investigação, mais concretamente: o tipo de estudo a realizar, os procedimentos e métodos a utilizar, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos com a investigação. Apresentam-se e discutem-se os principais resultados obtidos e finalmente na conclusão do estudo propõe-se uma síntese da investigação realizada e dos seus resultados fundamentais.

## **I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. A FAMÍLIA

No contexto da sociedade atual, a família mantém um papel elementar constituindo o núcleo em que todos nos desenvolvemos e relacionamos. É no seio da família e com os seus constituintes que cada um recolhe o apoio fundamental para ultrapassar as fases de crise que surgem ao longo do seu ciclo vital. Deste modo, partindo destes pressupostos, é importante abordar o conceito de família na sua globalidade, e de igual forma analisar o impacto que a doença, envelhecimento e dependência têm nesta estrutura (Moreira, 2006).

Desde os primórdios, a pertença do indivíduo a um simples grupo ou agregação social, tem permitido a sua sobrevivência, sendo este fato preponderante à evolução do ser humano. Pese embora o conceito de família ter evoluído e sofrido profundas alterações ao longo dos tempos e nas diferentes culturas, a unidade familiar continuou a ser a entidade sustentadora do desenvolvimento social, psicológico, cultural e económico do homem (Martins, 2017).

A família é ainda o constructo social mais preponderante que integra e permite o desenvolvimento do estado, uma vez que a sua existência é mais antiga que qualquer nação. De facto, os povos mais antigos, antes de se constituírem como um estado, desenvolveram-se inicialmente como famílias (Varela, 1993).

Ao longo dos tempos, os termos família e agregado familiar têm sido usados para designar realidades muito distintas. Como consequência da evolução das atuais tendências demográficas o que se entende por família é hoje muito diferente, na sequência, por exemplo, do fenómeno da recomposição familiar. As transformações sofridas, têm causado alterações, quer na sua estrutura, quer na sua constituição, factos essenciais para a sua continuidade e desenvolvimento dos seus elementos e sobrevivência como unidade familiar (Relvas, 2006).

Podemos realçar dois fatores responsáveis por estas modificações na família, por um lado, as novas realidades socioeconómicas, por outro lado, a evolução dos comportamentos demográficos, favorecendo uma modificação da estrutura familiar.

O crescente aumento da mobilidade geográfica dos constituintes de cada família em idade ativa, em regra, na direção das cidades onde se pretende adquirir melhor qualidade de vida e outras oportunidades de crescimento individual, constitui com

frequência um fator causal de isolamento da população idosa. Estes fatores levam a uma substancial transformação social, que se traduz em zonas rurais pouco povoadas por pessoas de idade avançada isoladas, com os filhos, seus potenciais cuidadores a residir nas cidades, sendo pouco frequentes os contactos pessoais. É contudo importante, que este distanciamento físico não signifique necessariamente uma distância emocional (Alarcão, 2000).

Por outro lado, o outro fator que contribuiu para a modificação da estrutura familiar foi a inclusão da mulher no mercado de trabalho. A este respeito, aquilo que constituiu uma das maiores conquistas do século passado, conduziu à necessidade de reorganização do papel da pessoa singular no seio da família e, a procura cada vez mais frequente de instituições comunitárias de apoio social e de saúde. Vivemos, portanto, uma realidade diferente à qual as famílias e instituições têm que se adaptar e provavelmente refletir sobre os papéis a desempenhar e necessidades atuais e futuras dos indivíduos. A mudança que se observa na família vai ser precedida ou seguida pela mudança nas outras esferas da sociedade (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

Atualmente, ainda se considera que o melhor local para dar continuidade ao ciclo da vida na fase do envelhecimento é o domicílio e no seio familiar. Este conceito, remete à típica organização das sociedades pré-industriais e para muitos a referência mais óbvia da família e da velhice. Contudo, a pessoa necessitada de cuidados bem como o seu cuidador necessitam de apoio interno e institucional para que este processo decorra tranquilamente e com a melhor qualidade de vida possível para ambos (Faustino, 2017).

O aumento da esperança média de vida, que o avanço da medicina tem proporcionado ao longo dos tempos teve também como consequência um aumento das doenças crónicas, algumas das quais progressivamente incapacitantes e incuráveis (Martins, 2017). Assim, este aumento do tempo de vida constitui um dos maiores feitos da humanidade, representando mais tempo para o desenvolvimento pessoal, mas consequentemente, um motivo de preocupação (Figueiredo & Sousa, 2008).

Deste modo, as intervenções nas área social e da saúde assumem um papel nuclear e facilitador desta possibilidade de contexto familiar que permite que a pessoa dependente de outros permaneça no seu meio habitual de vida (Figueiredo & Moreira, 2009).

## 2. FUNÇÕES DA FAMÍLIA

Na sociedade atual, a família continua a manter um papel determinante e a ser a unidade de referência que possibilita a nossa interação com o meio que nos rodeia. É fundamentalmente no seu seio que cada pessoa procura o apoio e instrumento necessários para ultrapassar os momentos de crise que permitem o nosso desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Assim, desde os primórdios a sobrevivência do ser humano é assegurada através da pertença a comunidades que asseguram a procura da satisfação das principais necessidades do homem. No seio destas agregações sociais a família é a instituição com a qual cada um estabelece laços de pertença sociais, afetivos e económicos (Varela, 1993).

Contudo, a dinâmica e estrutura familiar, sofreram ao longo dos séculos inúmeras transformações, quer na sua constituição, quer na sua organização, com o objetivo de assegurar a sobrevivência e subsistência dos seus membros.

Estas transformações decorreram consecutivamente, assistindo-se assim, ao aumento da participação das mulheres na vida económica e social, à diversidade de escolha dos relacionamentos, ao número de filhos e a substanciais alterações demográficas. Existiu uma franca diminuição da taxa de natalidade, o aumento do número da população idosa, o isolamento da população rural e a expansão da população urbana. Desta forma, algumas das funções tradicionalmente assumidas pelos elementos familiares, deslocam-se agora para instituições públicas ou privadas. Parte da população idosa passa o fim de vida em lares, papel outrora exercido principalmente pela mulher (Carter & McGoldrick, 2001).

No nosso subconsciente, temos formada uma ideia de família composta por crianças (filhos) e pelos pais. Porém, na atualidade verificamos que coabitam diferentes tipos de famílias: compostas por pais e filhos; por um só dos pais; sem filhos; por idosos e por outras formas de ligação. De facto, ainda que a definição de família nuclear continue a ser a mais comum na nossa sociedade, já não vai de encontro aos tipos de famílias emergentes (Minuchin, 1985).

Nesta época de mudança, a família não está imune às profundas transformações que ocorrem na sociedade. Torna-se assim, prioritário, o assumir de uma das principais tarefas psicossociais, que consiste em apoiar os seus membros, desde a educação das

crianças até ao apoio na dependência dos mais idosos.

Para que as famílias possam manter a sua coesão e sobrevivência, os seus elementos desempenham determinadas funções, de modo a que consigam responder às suas necessidades individuais e coletivas, bem como às próprias exigências da sociedade em que se encontram inseridos. Por norma, as suas funções vão de encontro à satisfação de dois objetivos: um que consiste na proteção dos seus membros, e o outro na convivência social e transmissão cultural.

A componente afetiva e sentimento de pertença, são os principais fatores que mantêm os seus membros unidos, o que contribui para a sua continuidade enquanto grupo (Varela, 1993).

Além das funções descritas, a família tem ainda a função primordial de proteger a saúde e cuidar na doença dos seus membros, proporcionando-lhes os cuidados quando os necessitam. A este respeito, o modo como cada família desenvolve as suas responsabilidades em relação ao processo de cuidar dos seus elementos é claramente influenciada pela sua estrutura e organização. São fatores influenciadores: a condição de trabalho, estatuto socioeconómico e o aporte cultural e até étnico.

Verificamos que a família, ao longo do seu contexto histórico, têm sofrido inúmeras alterações tendo em vista à sua sobrevivência. Se por um lado algumas das funções anteriormente consideradas como exclusivamente familiares, como é o caso do acompanhamento de crianças e idosos, são por vezes desempenhadas por serviços sociais e de saúde, verificamos também o inverso. Assim, os laços afetivos, sentimento de proteção e espírito de dádiva tornam-se determinantes para que a famílias assumam os cuidados aos seus elementos mais frágeis e necessitados de acompanhamento (Grácio, 2014).

### **3. O CUIDADOR FAMILIAR/INFORMAL**

O desenvolvimento de doenças crónicas, velhice e outros acontecimentos que levam à dependência trazem repercussões de um modo geral na vida da pessoa. Isto significa que em contexto domiciliar, parcialmente ou na totalidade, a satisfação dos cuidados fica a cargo de um familiar cuidador com ou sem o apoio de um cuidador formal (Soares, 2017). Atualmente muitas famílias, fazem a escolha de manter os seus idosos no domicílio, mesmo em situações de dependência e/ou demência.

Os cuidados prestados pelos cuidadores formais, dizem respeito àqueles que são prestados habitualmente por profissionais qualificados (Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogos...), com preparação específica para o exercício do seu papel, estando também integrados no seu âmbito profissional, de acordo com as competências específicas de cada área profissional.

Os cuidados prestados pelos CIs, são habitualmente prestados em contexto de domicílio e estão normalmente a cargo de familiares próximos, como é o caso dos cônjuges e filhos. Este tipo de cuidados são muitas vezes realizados sem formação prévia, não remunerados, sendo usualmente motivados por relações de parentesco e/ou afetivas (Cuesta-Benjumea, 2011).

Quando se faz a escolha da manutenção da pessoa com necessidade de cuidados no domicílio, é gerado um contexto complexo e de desafio para toda a família e em especial para o cuidador principal (Lemos, Gazzola , & Ramos, 2006).

A dependência para a satisfação das atividades básicas de vida diária (ABVD), desorientação, alterações do comportamento, alteram o anterior enquadramento da pessoa no grupo familiar, o que também se traduz na alteração da relação com o seu cuidador. Este, será o elemento mais próximo e que melhor poderá exercer o papel de prestador de cuidados, exercendo também um papel de grande importância na sociedade, com significativas implicações a nível social, económico e humano. O movimento atual na maioria dos países, demonstra a manutenção dos idosos no seu domicílio, atitude esta relacionada com o objetivo de lhe proporcionar a maior qualidade de vida possível e de gerir recursos económicos e sociais (Sequeira, 2013).

Por outro lado, a realidade diz-nos que com o envelhecimento demográfico, verificamos também a existência de um maior número de cuidadores idosos, que muitas vezes também já eles apresentam limitações decorrentes deste processo de envelhecimento. Deste facto, resulta a necessidade de apoiar o CI, para que este possa continuar a exercer o seu papel e a pessoa necessitada receba os devidos cuidados. Não obstante, reconhecendo o risco acrescido de morbilidade física e mental de quem cuida é fundamental dar-lhe o apoio que diminua o risco da sua sobrecarga, preserve a sua saúde e a melhor qualidade de vida sentida (Spar & La Rue, 2006).

Na maioria das situações, os CIs implementam inicialmente a prestação de

cuidados sem qualquer formação específica para o cuidar, baseada no senso comum e envolvendo vínculos afetivos relacionados com a história de vida familiar.

### **3.1. O Cuidar na Perspetiva do Cuidador Familiar/Informal**

As constantes e significativas alterações que acontecem ao longo dos tempos, implicam o surgimento de importantes problemas na sociedade e nas famílias. Apesar de os diferentes intervenientes quererem sobretudo pelos laços afetivos manter o apoio a crianças e idosos, muitas vezes alterações demográficas e necessidades da vida profissional influenciam o modo como esse apoio é prestado. “Na sociedade contemporânea, um grande número de instituições privadas ou públicas substituem a família nessas funções. No entanto, são-lhe agora atribuídas tarefas com características específicas, não sendo passíveis de serem transferidas para qualquer outra instituição, daí a importância da família e a sua força na sociedade contemporânea” (Imagário, 2004, p. 71).

Esta desenvolve funções nos domínios afetivos, biológicos, sócio culturais, educativos e económicos. A evolução social implicou aos seus membros a especialização em aspetos funcionais, que passam pelo papel da procriação e educação dos filhos, mas também pelo apoio aos seus membros mais idosos ou necessitados de cuidados. A este nível a sua contribuição é tão importante que se defende a nível mundial que nenhuma instituição ou organização possa substituir a função da família no apoio aos idosos e/ou dependentes. A família é o local privilegiado onde a pessoa procura a maioria do suporte que permite a satisfação das suas necessidades. Normalmente, é o cônjuge que assume o papel de cuidador. Na ausência deste, ou no caso da sua incapacidade, são os filhos mais capacitados ou disponíveis a assumir esse lugar, especialmente membros do sexo feminino (Mazza & Lefèvre, 2005).

Em relação ao processo de cuidar, uma pessoa com necessidade de prestação de cuidados altera significativamente a dinâmica diária da vida familiar, ocorrendo alterações na individualidade de todos os membros e também na autonomia dos membros da família. Alguns, terão de alterar a sua rotina diária, enquanto que outros poderão alterar ou desistir de alguns projetos de vida. Em determinadas situações, no caso de ter ainda vida profissional ativa, um elemento da família ou aquele que assumir o papel de CI terá que abdicar do seu emprego, em função do tempo a disponibilizar para a prestação dos cuidados.

Assim, o cuidador é afetado na globalidade da sua existência, emocionalmente e até os recursos económicos podem ser em grande medida condicionados. A esta realidade, poderá estar associado um sentimento de frustração, alterações do comportamento para com a pessoa dependente e até uma sensação de injustiça perante a restante família e sociedade (Cardoso, 2011).

Contudo, a ausência deste CI, têm-se demonstrado como o principal fator que propicia a institucionalização do idoso. Para evitar esta situação, as políticas de ordem social, demográficas e económicas devem ser revistas afim de promover o apoio aos CIs, evitando ou atrasando a institucionalização. Neste contexto, é importante destacar que a maioria dos nossos idosos, manifesta a vontade de permanecer no seu domicílio ou com os mais próximos até ao fim do seu ciclo de vida. Isto é importante na medida em que os mesmos permanecerão no seu meio habitual de vida, mantendo tanto quanto possível os laços afetivos anteriores.

Os que assumem o papel de CI, que antes da dependência tinham com a pessoa dependente uma relação próxima e de afeto, são os que na relação de prestação de cuidados manifestam maior efetividade e interesse. Isto porque normalmente sentem as necessidades da pessoa procurando o seu bem-estar. Aqueles com quem existia uma má relação, bem como naqueles em que não existia uma relação de proximidade e/ou de familiaridade, apresentam-se menos motivados, assumindo o papel de cuidadores por obrigação ou pela perspectiva de aprovação social (Dominguez Alcón, 1998).

Cuidar é por natureza uma função da família, mas difícil de realizar, “...um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais...” (Collière, 1999, p.235).

Consiste numa relação, que implica adaptação e desenvolvimento, uma experiência que obriga à existência de respeito e dedicação. Este ato de cuidar do outro ou a forma como se processa, está claramente dependente de vários fatores, uns relativos à pessoa que cuida (idade, disponibilidade física, emocional e económica, entre outros), outros respeitantes à pessoa dependente, nomeadamente o grau de dependência, problemas de saúde existentes, etc.

De um modo geral, o apoio que as pessoas necessitadas de cuidados recebem, pela perda da sua autonomia e independência funcional, é afetado pela cultura social e governamental daquilo que é a responsabilidade familiar. Por outro lado, os serviços de apoio domiciliário, ajudas técnicas, e subsídios dirigidos à pessoa doente, família e cuidadores podem influenciar as expectativas e experiência de cuidar (Figueiredo & Moreira, 2009).

### **3.2. Impacto do Cuidar no Bem-Estar do Cuidador Informal e da Família**

O cuidar constituiu uma dimensão do ser humano, pois a sua cultura, valores e comportamentos no quotidiano revelam uma preocupação constante com esta atividade. Ainda que nalguns casos possa ser feito por obrigação, cuidar não é uma tarefa normal, mas sim uma atitude que envolve esforço e motivação em prestar um ato solidário por quem o precisa. Contudo, são inúmeras os problemas de ordem emocional e muitas vezes físicos que os membros de uma família podem vir a adquirir perante a prestação diária de cuidados (Dominguez Alcón, 1998).

Culturalmente, a tradição atribui dentro das famílias, a responsabilidade de cuidar dos seus membros idosos ou dependentes aos elementos do sexo feminino. Trata-se de uma atividade complexa, onde estão envolvidas as componentes psicológicas, éticas e sociais, comportando também aspetos de saúde, técnicos e económicos. O conceito de CI, na perspetiva de auxílio na satisfação das ABVD, fica um termo escasso na sua definição, uma vez que não contempla os aspetos emocionais, que se assumem como essenciais para uma mais completa compreensão do fenómeno (Figueiredo & Sousa, 2008).

A necessidade de cuidar de alguém surge muitas vezes de uma forma inesperada, o que significa que quem vai exercer o papel de cuidador não está preparado para lidar com todas as situações que se lhe apresentam. De acordo com Sequeira (2013), o desempenho deste papel está condicionado por múltiplos fatores:

- Tipo/frequência da necessidade de cuidados: relacionado com o estado de saúde, dependência funcional, estado emocional, alterações cognitivas e comportamentais, tipo de comunicação e de relação;
- Contexto em que a pessoa dependente está inserida: diz respeito às condições habitacionais (segurança, conforto, obstáculos arquitetónicos), tipo de ajudas (informal

e institucional), meios económicos disponíveis;

- Contexto do cuidador: este inclui um conjunto vasto de variáveis que vão desde o seu estado de saúde física, a disponibilidade, sensibilidade, condição psicológica emocional e afetiva.

O exercício da prestação de cuidados, acarreta vários problemas, entre eles, o aumento diário de responsabilidades, que pode levar inclusive à modificação de papéis de quem cuida, podendo existir a necessidade de adquirir novas competências. A sobrecarga económica, pela indisponibilidade para que o cuidador possa dar continuidade ao exercício da sua atividade profissional, bem como um condicionalismo em prosseguir com a normalidade das relações sociais (Dominguez Alcón, 1998).

As necessidades da prestação de cuidados requerem, muitas vezes, um enorme esforço físico (Montoya, 2017). Com a evolução/aumento da dependência e das alterações cognitivas, aumentam as necessidades de apoio ao nível das ABVD e das atividades instrumentais. Neste contexto, a tarefa de cuidar está centrada na substituição das tarefas que anteriormente a pessoa dependente conseguia realizar com autonomia.

Ao cuidador exige-se muita disponibilidade física, e por um período de tempo alargado, que se desenvolve ao longo do dia (banho, levante, alimentação, eliminação, mobilização, etc.). Neste sentido, a ajuda familiar, suporte formal, e a condição física do cuidador são fundamentais para o bom desempenho do papel do cuidador, mas também para a sensação da sobrecarga ou satisfação (Santos, Lattaro, & Almeida, 2011).

A origem das consequências derivadas do cuidar de alguém com dependência física e/ou mental derivam essencialmente, de um conjunto de fatores que se relacionam e influenciam. Desta relação, surge a complexidade associada à prestação de cuidados, que apesar de estar associada às variações individuais em função das características intrínsecas do cuidador, deriva de alguns fatores que são determinantes para a existência de repercussões associadas ao cuidar. São de salientar, a perda de liberdade e oportunidade de lazer, sobrecarga de trabalho e dificuldades financeiras, entre outros (Braga, 2009).

De facto, o CI, tem como consequências do seu papel, alterações positivas e negativas, relacionadas com o princípio de que qualquer pessoa que viva em parceria com outra, experiênciam alterações físicas e emocionais significativas. Os efeitos

negativos associados ao cuidar são frequentemente descritos como “...peso, sobrecarga, stresse, fruto de sintomatologia do tipo tensão, frustração, isolamento, depressão, ansiedade, e de outros problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais, financeiros, fadiga, raiva, conflito familiar, culpa, alterações emocionais, etc.”, (Sequeira, 2013, p. 128).

#### **4. SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL**

A grande maioria dos CIs, percebe a tarefa de prestação de cuidados a um familiar ou pessoa dependente como algo satisfatório, apesar de tal tarefa ter inevitavelmente consequências negativas. Ao longo do tempo e decorrente da dedicação que o cuidador aplica na sua tarefa, é natural que não se aperceba que deixou de ter tempo para si mesmo, uma vez que o tempo que anteriormente dedicava a si e aos seus amigos, agora usa para enfrentar a sua tarefa de cuidar (Imaginário, 2004).

O termo “sobrecarga”, é utilizado para descrever os efeitos negativos que a tarefa de cuidar exerce sobre o cuidador. Define um conceito multifacetado, referente aos problemas existentes numa relação de prestação de cuidados. A sobrecarga é também descrita como uma consequência, que implica uma diminuição dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde (Figueiredo & Sousa, 2008).

O facto de ter que se prestar cuidados por um longo período de tempo, pode causar alterações físicas e psicológicas significativas que interferem na saúde e bem-estar do cuidador (Bertini, 2017). Na literatura, são assiduamente referidos os efeitos negativos na saúde física e mental de quem cuida, pelo que é de salientar o aumento da incidência de patologias psiquiátricas, uso de substâncias aditivas, doenças somáticas, alterações na percepção do estado de saúde, sensação de stress, isolamento social, sintomatologia depressiva e ansiedade (George & Gwyther, 1986).

Ainda que usualmente seja difícil associar um diagnóstico de problemas de saúde a uma situação de prestação de cuidados, sabe-se que desta situação raramente ocorrem efeitos positivos sobre a saúde. Assim, frequentemente é identificado nos cuidadores sintomas de cansaço físico e sensação de perda de saúde, desde que se dá início à tarefa de cuidar. Todavia, é normal que este impacto na vida de quem cuida se faça sentir há medida que o tempo avança, sendo por vezes a sobrecarga mais intensa à medida que a duração da relação de prestação de cuidados decorra.

Existem também outros fatores preponderantes e que podem influenciar esta sensação de sobrecarga, sendo que importa avaliar uma variável de significativa importância: a idade do cuidador. Desta forma, é provável que nos mais velhos surjam situações derivadas do processo de senescência, principalmente a diminuição da força muscular e da amplitude articular. Isto significa, que os cônjuges que têm o papel de prestadores de cuidados estejam naturalmente mais expostos a problemas de saúde que os seus descendentes (Weitzner, Haley, & Chen, 2000).

Alguns autores conceptualizaram as consequências associadas ao cuidar em sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva relaciona-se com as experiências e atividades concretas, referindo-se às alterações em parâmetros de vida do cuidador normalmente objetivas e quantificáveis (sobrecarga física, económica, etc.). A sobrecarga subjetiva diz respeito aos sentimentos, atitudes e reações emotivas relacionadas com o cuidar, isto é, como cada um avalia a sobrecarga afetiva. Assim, reproduz o que o cuidador percebe acerca da repercussão emocional relacionada com a prestação de cuidados (Aneshensel, Pearlin, Mullan, 1995).

No que diz respeito à pessoa recetora de cuidados (dependente), constata-se que existem algumas variáveis que influenciam o sucesso da relação de prestação de cuidados e, concludentemente, as repercussões derivadas do cuidar, tais como: género, a idade, a religião, a formação/educação, os recursos económicos, o tipo de relação familiar, etc. A pessoa doente e o processo de doença e/ou dependência, ao qual normalmente se associam alterações cognitivas e comportamentais podem também determinar a natureza das repercussões sobre a pessoa que cuida.

A pessoa necessitada de cuidados, contém em si um conjunto de componentes que a caracterizam e influenciarão a sua relação com o cuidador, sendo elas: a sua história de vida; o tipo de relação existente com o cuidador; os seus traços de personalidade; etc. (Sequeira, 2013).

Frequentemente os CIs referem desde o início da tarefa de cuidar, sensação de cansaço físico e de deterioração do estado de saúde em geral. Ao invés, alguns estudos de investigação demonstram que quando se comparam cuidadores de pessoas, com aqueles que não têm essa responsabilidade, os cuidadores percebem a sua saúde como sendo pior, tem mais patologias crónicas e um estado de pior saúde geral (Weitzner et al., 2000).

Nesta relação de prestação de cuidados, a dependência, assume diferentes consequências para os intervenientes. Para o dependente, relaciona-se com a sua incapacidade para realizar as ABVD. Para o cuidador, inscreve-se da necessidade do outro por cuidados pessoais. É importante salientar que, em determinadas situações pode acontecer uma rutura total entre cuidador e o recetor dos cuidados, podendo existir relações de abuso e até de maus-tratos.

Embora possam existir alguns motivos que levem aos maus-tratos, tais como a ganância ou ambição que muitas vezes estão relacionados com fatores financeiros ou de negligência intencional, existem dados que permitem estabelecer uma associação entre o stress e a sobrecarga a que os cuidadores estão expostos com a violência e abuso sobre os mais vulneráveis. Verifica-se que o risco de existir abuso sobre pessoas dependentes, é superior quando os cuidadores têm que prestar um nível de cuidados mais exigente e quando aqueles que são vítimas têm um grau de dependência mais grave (Coyne, Reichman, & Berbig, 1993).

Existem alguns estudos que referem que determinadas variáveis, como o género, a educação e personalidade do cuidador podem ser determinantes no estabelecimento da relação com o dependente que, por sua vez, podem levar ao surgimento ou potenciar situações de alterações do comportamento do doente e, conseqüentemente, o desenvolvimento de situação de sobrecarga do cuidador (Weitzner et al., 2000).

## **5. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CUIDADOR INFORMAL**

Os CIs devem ser alvo de intervenção prioritária por parte da equipa multidisciplinar de saúde e logo pelo enfermeiro de reabilitação.

O enfermeiro, enquanto especialista em enfermagem de reabilitação "...concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimento e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção e complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa." (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Pretende-se potencializar ao cuidador as suas capacidades proporcionando um melhor bem-estar ao recetor dos cuidados, mas diminuindo também os seus riscos de

sobrecarga e prevenindo o surgimento de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. A salvaguarda da saúde do cuidador, possibilita um contributo fundamental, para a manutenção dos indivíduos no seu meio habitual de vida e para a promoção da qualidade de vida da pessoa dependente através dos cuidados que lhe são prestados no apoio à satisfação das suas ABVD. Do mesmo modo quando estamos perante a inexistência de um CI, o desejo frequente da pessoa permanecer no seu domicílio pode não ser respeitado, facto que implica a institucionalização, à qual se associa um maior dispêndio de recursos humanos e económicos (Sequeira, 2007).

Constituindo as famílias o recurso essencial para a manutenção das pessoas no domicílio, quer para a qualidade da prestação de CIs, quer para a preservação do seu próprio estado de saúde, os apoios que o cuidador recebe de redes de suporte formais ou informais são determinantes (Montoya, 2017). Os cuidadores de dependentes devem ser alvo de intervenção, que passa desde logo pela identificação, diagnóstico, proposta de intervenção e acompanhamento por profissionais de saúde, dentro dos quais os enfermeiros têm as suas responsabilidades para o sucesso da intervenção.

Os CIs necessitam de mais informação e ensinamentos, apresentam um relativo abandono do seu próprio autocuidado, sintomas de sobrecarga e problemas físicos (Vicente, 2003). Nalguns países desenvolvidos os CIs são alvo de uma maior atenção, beneficiam de algum apoio económico do estado, determinadas regalias e são alvo de cursos de formação. É portanto fundamental desenvolver recursos para que aqueles que prestam cuidados, possam ser apoiados por serviços da comunidade local, tenham apoio financeiro e até períodos de descanso (Imaginário, 2004).

Cuidar de um doente em casa apresenta-se para os CIs como uma situação nova, um contacto com experiências com que habitualmente não se confrontam e um confronto diário com exigências inesperadas que ocorrem ao longo do processo de cuidar (Bertini, 2017). Neste contexto, uma das principais razões das hospitalizações recorrentes dos doentes que se encontram no domicílio, está associada à exaustão física e emocional dos cuidadores. Para que a família possa também exercer o seu papel de prestadora de cuidados, requer de apoio na prestação de cuidados e de informação adequada sobre as mudanças que ocorrem e sobre as decisões e atitudes a tomar, só assim o familiar pode ter algum controlo sobre a sua vida, o que certamente contribuirá para a diminuição de sentimentos de angústia e ansiedade (Weitzner et al., 2000).

Por outro lado, com o envelhecimento das populações, muitas vezes os cuidadores são também já idosos, acresce que com uma grande abertura do mercado de trabalho às mulheres, a fragilidade dos laços familiares e o crescente movimento migratório, o processo de cuidar se torne ainda mais difícil para as famílias.

Os cuidadores informais/familiares percecionam as ações de intervenção de enfermagem como fortalecedoras, estabelecendo também com os doentes/dependentes uma relação empática e de compromisso. Os enfermeiros devem ter como foco as necessidades dos cuidadores de informação/formação, educação, incentivo e apoio, contribuindo deste modo para a diminuição das várias vertentes da sobrecarga dos cuidadores, prevenir o risco de lesões físicas, e relativamente ao doente/dependente evitar a sua institucionalização, idas frequentes a serviços de urgência e internamentos sucessivos (Mok et al., 2003).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação “...utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

## **II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **1. METODOLOGIA**

A investigação é uma atividade que pretende a solução de problemas, através do uso do método científico, procura uma resposta ou uma solução para uma inquietação do investigador (Cervo, Amado, Bervian, Alcino, & Silva, 2014).

É a metodologia que atribui o cariz científico a um trabalho de investigação. Uma investigação científica tem assim que respeitar a metodologia previamente definida. A integração de um capítulo referente à metodologia de investigação num trabalho desta natureza tem como intuito esclarecer o tipo de estudo a realizar, os procedimentos e métodos a utilizar, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos com a investigação.

### **1.1. Tipo de estudo**

Tendo em consideração os objetivos propostos para esta investigação, foi realizado um estudo quasi-experimental em que se definiu uma metodologia quantitativa, com o recurso a uma amostra de 60 CIs de pessoas dependentes.

A investigação decorreu no domicílio de famílias cuidadoras clientes da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro.

É um estudo quasi-experimental, sendo que este termo precede o termo experimental, significando que estamos perante uma investigação semelhante a uma experiência, não o sendo na totalidade. O que o distingue de um estudo experimental é a ausência de um grupo de controlo que permite a comparação, ou seja, apenas um grupo vai ser tratado estatisticamente (Jackson, 2011).

O estudo envolve uma abordagem quantitativa, pois expressa-se em resultados numéricos obtidos através da aplicação de escalas, variáveis e questões de resposta numérica aplicadas à amostra.

A opção por esta metodologia de trabalho, pretende representar um contributo para a investigação sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação, e em primeiro grau um ganho para a qualidade de vida de utentes e CIs na comunidade.

### **1.2. Problema e objetivos**

Tendo em consideração o já previamente descrito, de acordo com o

enquadramento teórico e como principal ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho de investigação, foi formulado o seguinte problema de investigação: Qual a influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal – minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar?

### **1.2.1. Objetivo Geral**

Depois da definição da questão de investigação, e para circunscrever a orientação da mesma formulou-se o seguinte objetivo geral deste estudo:

- Avaliar o nível de sobrecarga e incidência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal antes e após dois meses da implementação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar os sintomas de lesões músculo-esqueléticas sentidas pelo cuidador informal;
- Testar se os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação influenciam a intensidade e o número de lesões músculo-esqueléticas do cuidador informal;
- Identificar os níveis de sobrecarga sentidos pelo cuidador informal;
- Avaliar se os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação no âmbito de um programa de intervenção minimizam os níveis de sobrecarga do cuidador informal.

## **1.3. População e Amostra**

A população deste estudo é composta por CIs de utentes dependentes no domicílio, de ambos os sexos, inscritos no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro após a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos para a integração nesta investigação.

Critérios de Inclusão:

1. Idade superior a 18 anos;
2. Cuidador informal principal de utentes dependentes (pontuação escala de Barthel

<60) há pelo menos 6 meses;

3. Aceitação livre e informada da participação no estudo.

Da utilização da estratégia de seleção anteriormente descrita, resultou uma amostra de 60 cuidadores.

#### **1.4. Instrumento de colheita de dados – Programa de intervenção de enfermagem de reabilitação**

Para o desenvolvimento deste estudo desenvolveu-se um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação. A finalidade deste programa é a minimização da sobrecarga, diminuição de intensidade e prevenção de lesões músculo-esqueléticas no CI, constituindo uma evidência da prática da enfermagem de reabilitação. O mesmo é constituído por duas partes:

1. Ensino de técnicas de relaxamento:

##### Exercícios de mobilização dos segmentos corporais.

- Pescoço

-Movimento de flexão (encoste o queixo ao peito);

-Movimento de extensão (olhe para cima);

-Movimento de rotação e lateralização (rode a cabeça; olhe para um lado e para outro e tente encostar a orelha no ombro).

- Ombros

-Movimento de elevação dos ombros (inspirando eleve os ombros como se tentasse chegar com eles às orelhas) ao mesmo tempo de uma inspiração profunda (deixe o ar entrar nos pulmões pelo nariz). No movimento seguinte, aquando da expiração deixe-os cair (libertar o ar dos pulmões pela boca);

-Movimentos circulares rodando os ombros para a frente e para trás.

- Membros superiores

-Movimento de rotação dos braços (movimento de elevação dos dois braços até formar uma cruz com o tronco e depois rodá-los);

-Movimento de levantar um braço e baixar o outro; flexão e extensão alternadamente dos braços;

-Movimento de extensão de um dos braços (alternadamente) e respetiva mão (estique) e com a outra mão tentar puxar o membro em extensão em direção ao tórax;

-Movimento na posição de sentado, tentando fazer que com uma mão, atrás das costas, tocar no cotovelo do outro braço (repetir para os dois braços);

-Movimento de afastar os braços (movimento de abdução dos dois braços até formar uma cruz com o tronco) e depois cruzá-los como se fosse dar um abraço a si próprio;

-Abrir e fechar as mãos várias vezes;

-Movimento de extensão dos braços e juntar as mãos, entrelaçar os dedos e realizar rotação ao nível dos punhos;

-Movimento com a mão bem aberta, tocando com a ponta dos dedos na ponta do polegar.

- Tronco

-Movimento de colocar as mãos nas ancas e realizar movimentos de rotação do tronco para os dois lados.

- Membros inferiores

-Na posição de decúbito dorsal (barriga para cima), realizar alternadamente o movimento de flexão (dobre) de um dos joelhos e segurar o membro com as mãos durante alguns segundos;

-Na posição de sentado, realizar alternadamente extensão das pernas e dos pés;

-Movimento de alongamentos às pernas antes de se levantar e deitar;

-Alternar períodos de movimento com a posição de sentado;

-Realizar curtas caminhadas em locais planos e sem obstáculos.

2. Ensino de técnicas de ergonomia a usar na prestação de cuidados:

Ensinos aos cuidadores relativos à boa utilização da mecânica corporal para auxílio à pessoa dependente na satisfação das suas ABVD. O objetivo é o de garantir o normal desempenho das atividades de quem cuida, mantendo o seu bem-estar e estado de saúde.

Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade (Posicionamentos no leito; Transferências; Deambulação).

- Auxílio na movimentação na cama

Realizar a atividade em etapas, utilizando o peso corporal como contrapeso; colocar resguardo/lençol dobrado no meio da cama, abaixo da pessoa; colocar os braços da pessoa sobre o seu corpo, prevenindo traumas no processo de movimentação; trazer faseadamente os segmentos corporais para o lado pretendido e de seguida reorganizar as partes do corpo.

- Decúbito lateral

Posicionar-se do lado para o qual vai virar a pessoa; cruzar o seu braço e a perna no sentido em que será virado; posicionar a cabeça da pessoa na direção em que vai virar e de seguida rolar para o lado desejado, utilizando o ombro e o joelho como alavancas;

O procedimento também pode ser realizado com o auxílio do resguardo/lençol; ficar do lado oposto ao que vai posicionar a pessoa; puxar o resguardo/lençol de modo a trazer a pessoa para a sua direção (beira da cama), mantendo as costas direitas e utilizando o peso do próprio corpo; levantar o lençol cuidadosamente, fazendo com que a pessoa se vire para o lado oposto (nesta alternativa é obrigatório usar a grade da cama ou aproximar a cama da parede para evitar o risco de queda).

- Reposicionar

De preferência realizar o procedimento com duas pessoas, uma de cada lado na cama. Tirar a almofada da cabeça para prevenção de lesões; utilizar o resguardo/lençol para realizar o movimento; segurar firmemente o lençol com as duas mãos junto ao corpo da pessoa e de seguida ao mesmo tempo realizar o movimento no sentido da cabeceira.

- Levantar da cadeira

Pode ser usado um cinto de transferência e, se possível solicitar o auxílio de outra pessoa; posicionar a pessoa para a frente da cadeira, puxando-a pela articulação coxofemoral; permanecer ao lado da cadeira, a pessoa deve apoiar uma das mãos no braço da cadeira e a outra na mão do cuidador; com o outro braço, o cuidador circunda a cintura da pessoa, e levanta-a de forma coordenada com um movimento de balanço.

- Locomoção

Se a pessoa conseguir andar, o cuidador deve posicionar-se junto ao lado em que a mesma apresenta mais limitação, colocando um braço à volta da sua cintura e o outro a apoiar a sua mão.

- Transferência da cama para a cadeira de rodas/cadeira

A cadeira de rodas deve ser posicionada ao lado da cama com a frente virada para o cuidador; as rodas devem estar travadas e os apoios de pés levantados ou removidos; sentar a pessoa na cama e virá-la para o lado em que vai sair da cama; colocar os membros inferiores para fora da cama e próximos à beira do leito (elevar a cabeça e rodar o tronco até que se sente); com a pessoa sentada na cama auxiliar a levantar-se, virar e sentar-se na cadeira de rodas.

#### **1.4.1. Instrumento de colheita de dados – Questionário de caracterização sociodemográfica; Questionário de diagnóstico da incidência de lesões músculo-esqueléticas; Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal**

O instrumento de colheita de dados foi realizado através da aplicação de um inquérito por questionário dividido em três partes fundamentais:

#### **1. Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal (anexo a). Encontra-se dividido em duas partes:**

##### **Parte I**

Diz respeito aos dados sociodemográficos (idade, género, estado civil,

habilitações literárias, situação laboral).

## **Parte II**

Corresponde à avaliação sobre a existência de problemas de saúde; quantificar há quanto tempo assume o papel de cuidador; qual a relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados; se é a única pessoa da família responsável pela prestação de cuidados; avaliar quantas horas ocupa por dia na função do cuidador; se vive na mesma habitação que a pessoa dependente e se tem a seu cargo outras pessoas dependentes.

### **2. Questionário de diagnóstico da incidência de lesões musculoesqueléticas- questionário Nórdico Músculo–Esquelético (anexo b):**

O Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-esquelético (QNM) foi desenvolvido em 1987, no Instituto de Saúde Ocupacional de Helsínquia, na Finlândia. Tem por objetivo quantificar as regiões mais afetadas pelos sintomas músculo-esqueléticos referidos pela população alvo, avaliando a sua prevalência e intensidade. Para avaliar esta sintomatologia usou-se o QNM validado para a população portuguesa (Mesquita, Ribeiro, & Moreira, 2010).

Trata-se de um questionário que pode ser auto-aplicável e que apresenta bons índices de fiabilidade pela sua simplicidade de preenchimento. O QNM apresenta no início uma breve orientação do seu preenchimento, para elucidar previamente o inquirido, correspondendo a três questões correlacionadas com nove regiões anatómicas:

- Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões;
- Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões;
- Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões.

Apresenta também uma figura que delimita e denomina as regiões anatómicas a serem alvo de avaliação, o que facilita a sua interpretação e resposta.

A frequência dos sintomas avaliados apresenta a graduação através dos números 1 e 2, que correspondem, respetivamente, às opções de resposta não e sim.

As nove regiões do corpo consideradas são: pescoço; ombros; cotovelo; punho/mãos; região torácica; região lombar; ancas/coxas; joelhos; tornozelo e pés.

Este instrumento, pode ser um bom indicador das condições ambientais e da ocupação do inquirido, contribuindo como auxílio no diagnóstico de uso de cargas excessivas e como indicador de medidas a adotar. A localização dos sintomas pode revelar a causa da sobrecarga.

Na versão portuguesa validada, o questionário inclui também a escala numérica da dor para a sua classificação de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima) nas diferentes regiões anatómicas avaliadas, que deve ser preenchida caso o inquirido manifeste algum sintoma de lesão.

### **3. Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)) (anexo c).**

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI), foi o instrumento utilizado para avaliar o impacto físico, emocional e social do papel do CI. Este instrumento foi testado e validado para a população portuguesa pela professora Teresa Martins da Escola Superior de Enfermagem São João, pelo professor José Pais Ribeiro da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto e pela professora Carolina Garrett da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No presente trabalho de investigação, tem como objetivo avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos CIs de indivíduos com grau moderado a elevado de dependência cuidados no domicílio, inscritos no serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro.

O QASCI divide-se em 32 itens, que são alvo de avaliação através de uma escala ordinal de frequência que varia entre os valores de 1 a 5, em relação aos quais cada inquirido deve responder de acordo com o seu grau de concordância para a sua especificidade:

- 1- Não/Nunca;
- 2- Raramente;
- 3- Às vezes;
- 4- Quase Sempre;

- 5-Sempre.

Os 32 itens supracitados por 7 fatores que constituem 7 subescalas (T. Martins, Ribeiro, & Garret, 2003):

**1. Sobrecarga emocional – SE – (4 ITENS: 1-4)**

Diz respeito às emoções negativas evidenciadas no CI, potenciais geradoras de conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento face à situação experienciada. Exemplo do primeiro item: “Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?”.

**2. Implicações na vida pessoal – IVP – (11 ITENS: 5-15)**

Refere-se às repercussões sentidas por exercer o papel de CI (estado de saúde afetado, grande esforço físico, controlo e planeamento da sua vida, diminuição do tempo disponível, sensação de estar preso, evitar convidar amigos para sua casa, vida social prejudicada, sentir-se só e isolado). Exemplo do primeiro item: “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?”.

**3. Sobrecarga financeira – SF – (2 ITENS: 16-17)**

Avalia o grau de dificuldade financeira associada ao facto do CI se encontrar a tomar conta do seu familiar e também a incerteza relativa ao seu futuro económico. Exemplo do primeiro item: “Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?”.

**4. Reações a exigências – RE – (5 ITENS: 18-22)**

Diz respeito às emoções negativas sentidas por exercer o papel de CI (sentir-se ofendido, zangado e embaraçado pelo comportamento do familiar, sentir que é solicitado demasiadas vezes, sentir-se manipulado e falta de privacidade). Exemplo do primeiro item: “Já se sentiu ofendido (a) e zangado (a) com o comportamento do seu familiar?”.

**5. Mecanismo de eficiência e de controlo – MEC – (3 ITENS: 23-25)**

Refere-se à gestão de tempo gasto pelo CI na tarefa de cuidar em relação com as suas próprias necessidades, bem como de fatores que habilitam ou que possibilitam que o CI continue a exercer o seu papel junto do seu familiar. Exemplo do primeiro item: “Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?”.

**6. Suporte Familiar – Sup.F – (2 ITENS: 26-27)**

Está associado ao reconhecimento e apoio que lhe é demonstrado pelos familiares que não coabitam com o CI, pelo facto de cuidar do seu familiar. Exemplo do primeiro item: “A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?”.

**7. Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar – SPF– (5 itens: 28-32)**

Engloba as emoções e os sentimentos positivos relacionados com o facto de o CI estar conta do seu familiar, ao sentimento de gratidão que o ultimo demonstra pelo CI e à sensação de proximidade e auto-estima pelos cuidados prestados. Exemplo do primeiro item: “Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?”.

<b>Fatores</b>	<b>Número dos itens</b>
Sobrecarga emocional	1, 2, 3, 4
Implicações na vida pessoal	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Sobrecarga financeira	16, 17
Reações a exigências	18, 19, 20, 21, 22
Mecanismo de eficiência e de controlo	23, 24, 25
Suporte Familiar	26, 27
Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar	28, 29, 30, 31, 32

**Quadro 1: Descrição das subescalas QASCI; (Martins et al., 2003)**

Os últimos três fatores acima descritos (MEC, Sup.F e SPF) ao invés dos quatro iniciais (SE, IVP, SF e RE) apresentam-se como um indicador positivo na dinâmica deste estudo, isto é, diminuem o nível de sobrecarga. Por este motivo, para uma melhor

análise e interpretação, em termos de cotação, a pontuação de todas as questões (23 a 32) que originam estes três últimos fatores foram invertidas. Assim, procedeu-se a uma inversão dos valores, para tal como acontece nas 22 questões iniciais os valores mais altos correspondessem a situações de maior sobrecarga e os valores mais baixos a situações de menor sobrecarga.

Para que as pontuações finais de cada subescala fossem homogéneas e comparáveis, todos os itens foram somados e, de seguida, foi-lhes aplicado uma fórmula com o objetivo de obter uma leitura de resultados em percentagem comparável (escala de 0 a 100) em relação a que cada fator se propõe a avaliar.

Em relação aos pontos de corte a autora da validação do instrumento para a população portuguesa, Professora Doutora Teresa Martins propõe o seguinte:

1. Baixa sobrecarga com uma média entre os valores 0 a 25;
2. Sobrecarga moderada com valores entre 26 a 50;
3. Sobrecarga elevada com valores entre 51 a 75;
4. Sobrecarga extrema com médias acima de 76.

### **1.5. Plano de intervenção**

Adotou-se um desenho quasi-experimental com recurso a uma amostra de 60 CIs de pessoas dependentes. A investigação e instituição do plano de intervenção decorreu no domicílio dos cuidadores durante três meses (15 de Janeiro a 15 de Abril 2018). A escolha do domicílio prendeu-se com o facto de promover a adesão dos CIs aos procedimentos a instituir, bem como na maioria das vezes, dos mesmos estarem impedidos de se ausentar do domicílio por ser o único cuidador existente e ter a impossibilidade de delegar a tarefa. Por outro lado, torna-se mais fácil identificar as necessidades sentidas pelos CIs e de igual modo realizar os ensinamentos pretendidos no seu meio habitual de vida.

Após a identificação da amostra (aplicados os critérios de inclusão descritos) a ser alvo de intervenção do plano de enfermagem de reabilitação foi realizada a primeira visita, na qual foram explicados os objetivos da presente investigação bem como a intervenção e procedimentos que seriam realizados.

A recolha dos dados foi realizada no início do estudo e na primeira semana, com

a aplicação dos três instrumentos:

1. Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal;
2. Questionário de diagnóstico da incidência de lesões músculo-esqueléticas - questionário Nórdico Músculo – Esquelético (QNM);
3. Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)).

O programa de intervenção de enfermagem de reabilitação foi elaborado a partir de revisão de bibliografia, consulta de outros programas existentes, experiência profissional e da aprendizagem já obtida no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

1ª Sessão 15 a 21 Janeiro 2018 (60 minutos)
Enquadramento do trabalho de investigação e problemática do processo de prestação de cuidados no domicílio à pessoa dependente pelo CI;
Informação acerca da natureza, objetivos, fases e métodos da investigação, bem como dos direitos dos intervenientes através do consentimento informado;
Esclarecimento sobre o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação a implementar;
Aplicação do instrumento de recolha de dados (momento 1); Discussão de dúvidas e fornecimento de contacto telefónico.

2ª Sessão; 3ª Sessão; 4ª Sessão; 5ª Sessão; 6ª Sessão; 7ª Sessão; 8ª Sessão 22 de Janeiro a 22 Fevereiro 2018 (60 minutos em 2 sessões por semana)
Discutir dúvidas sobre a sessão anterior;
Ensino de técnicas de relaxamento - Exercícios de mobilização dos segmentos corporais: pescoço; ombros; membros superiores; tronco e membros inferiores;
Ensino de técnicas de ergonomia a usar na prestação de cuidados - Posicionamentos no leito; Transferências e Deambulação;

Pedir ao CI que demonstre a aquisição dos conhecimentos, executando as técnicas de acordo com os ensinamentos realizados;
Correção das técnicas que não foram executadas corretamente;
Proporcionar reforço positivo sobre a sessão realizada e conhecimentos adquiridos;
Incentivar o CI a realizar contacto telefónico sempre que haja dúvidas;
Realizar telefonemas, entre contactos presenciais de incentivo ao cumprimento do plano delineado.

9ª Sessão; 10ª Sessão; 11ª Sessão; 12ª Sessão 23 de Fevereiro 2018 a 23 de Março 2018 (60 minutos numa sessão por semana)
Discutir dúvidas sobre a sessão anterior;
Pedir ao CI que demonstre a aquisição dos conhecimentos, executando as técnicas de acordo com os ensinamentos realizados;
Correção das técnicas que não foram executadas corretamente;
Proporcionar reforço positivo sobre a sessão realizada e conhecimentos adquiridos;
Incentivar o CI a realizar contacto telefónico sempre que haja dúvidas;
Realizar telefonemas, entre contactos presenciais de incentivo ao cumprimento do plano delineado.

13ª Sessão; 14ª Sessão 24 de Março 2018 a 8 de Abril 2018 (60 minutos numa sessão por semana)
Discutir dúvidas sobre a sessão anterior;
Pedir ao CI que demonstre a aquisição dos conhecimentos, executando as técnicas de acordo com os ensinamentos realizados;
Correção das técnicas que não foram executadas corretamente;
Proporcionar reforço positivo sobre a sessão realizada e conhecimentos adquiridos;
Incentivar o CI a realizar contacto telefónico sempre que haja dúvidas;
Realizar telefonemas, entre contactos presenciais de incentivo ao cumprimento do plano delineado;
Agradecer a colaboração.

**Quadro 2: Programa de intervenção de enfermagem de reabilitação**

Após 2 meses e meio de implementação do programa de intervenção os CIs foram reavaliados com os mesmos instrumentos da avaliação inicial (na exceção do Questionário de caracterização sociodemográfica).

No final do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação os CIs foram incentivados a manter o programa de técnicas e aplicar os conhecimentos adquiridos.

## **1.6. Procedimento**

Numa primeira etapa foi enviado um requerimento à Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para solicitar a oficialização de pedido de aplicação de um instrumento de recolha de dados, na Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, no âmbito do estudo a realizar, tendo sido a resposta da referida instituição favorável (anexo d).

Para que a metodologia do trabalho fosse válida foi assegurado o preenchimento de requisitos éticos que garantiram o respeito e segurança dos participantes e a utilização racional de recursos. Neste sentido, foram definidas as instruções necessárias que asseguraram a informação acerca da natureza e objetivos do estudo, bem como os procedimentos aos quais os participantes seriam submetidos caso decidissem participar neste trabalho de investigação. Neste sentido, foi esclarecido a cada um dos envolvidos que a sua participação seria de livre escolha, tendo o direito de recusar ou concluir, a sua participação, a qualquer momento, sem a existência de qualquer consequência para si próprio.

De seguida, e após a formalização destas instruções, foi proposto a cada elemento da amostra, o preenchimento do modelo de Declaração de Consentimento informado (aceito ou não aceito), a datar e assinalar sob a forma de uma cruz (anexo e).

Na fase seguinte foram colocados os instrumentos de avaliação aos CIs.

Posteriormente, durante um período de dois meses e meio foi aplicado o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação. Por último, e depois de terem sido replicadas as duas escalas de recolha de dados, todo o material foi devidamente fechado e sem identificação pessoal.

## **1.7. Tratamento e análise dos dados**

Após a informação ter sido recolhida através da aplicação dos vários instrumentos de recolha de dados, a mesma foi organizada numa base de dados de modo a facilitar a sua análise. Posteriormente, esta informação foi alvo de tratamento estatístico.

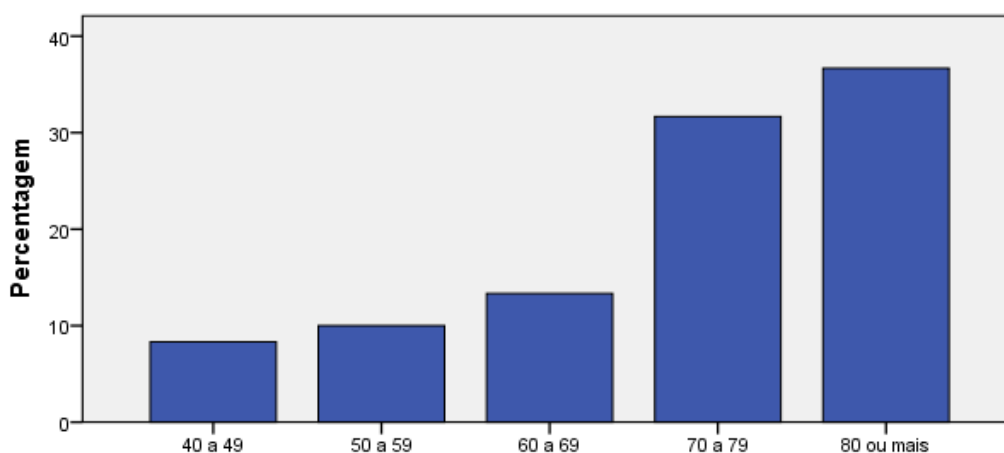
De modo a dar respostas às questões levantadas por esta investigação, recorreu-se à estatística descritiva univariada e bivariada (foram calculadas frequências, médias e medidas de dispersão, como o desvio padrão, das várias variáveis recolhidas), bem como estatística inferencial (testes de hipóteses). Sendo um dos objetivos principais deste trabalho, identificar as diferenças estatisticamente significativas entre dois momentos temporais distintos, realizaram-se vários testes estatísticos de comparação de médias, para amostras emparelhadas (mesma amostra, inquirida em dois momentos distintos), nomeadamente do Paired-Samples T-Test).

Neste caso, o tratamento estatístico dos dados recolhidos foi efetuado através do programa informático SPSS, na versão 20.0. Este programa de análise estatística dispõe de um leque de funcionalidades especificamente voltadas quer para a análise descritiva, quer para a análise inferencial. A apresentação dos resultados será feita sob a forma de gráficos e/ou tabelas seguidos de uma curta análise.

## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 2.1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

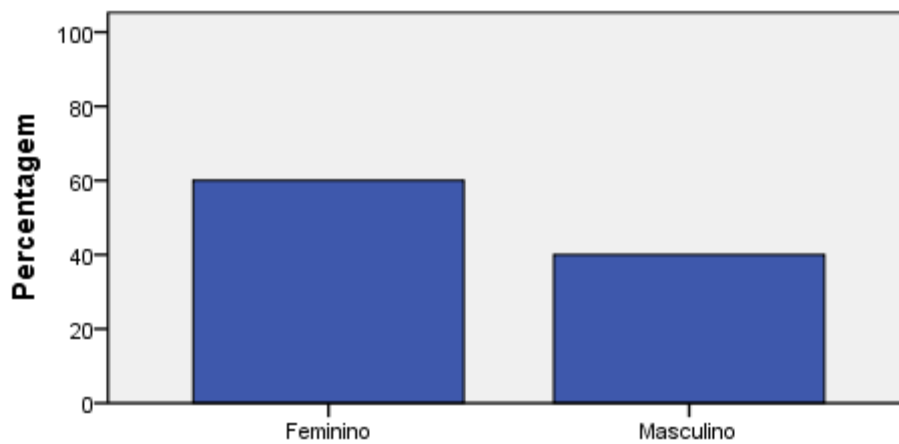
Os inquiridos têm em média 72 anos, sendo que a idade mínima é 40 e a máxima 96. Em termos de escalões etários observa-se uma concentração dos inquiridos nos dois escalões etários superiores: 32% tem entre 70 e 79 anos de idade e 37% 80 ou mais anos. Apenas cerca de um terço dos CIs tem menos de 70 anos de idade. Este fator está associado à relação de conjugalidade, isto é, normalmente os CIs são cônjuges que normalmente se encontram na terceira idade. Assim, quanto maior foi a idade da pessoa dependente, mais velho será o responsável pela prestação dos cuidados. Estamos, portanto, perante uma amostra relativamente envelhecida, o que de resto era expectável tendo em conta o objeto de estudo. Assim, quando analisamos a pirâmide etária relativa à população portuguesa, é evidente a existência de um duplo envelhecimento, que se manifesta por um aumento da população idosa (envelhecimento no topo) e uma diminuição da população mais jovem (envelhecimento na base) (Imaginário, 2004). Neste sentido, cada vez mais a terceira idade tem a função do apoio e prestação de cuidados aos mais idosos, ou seja, são os idosos mais autónomos que têm a função de cuidar dos idosos mais dependentes.



**Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos por escalões etários**

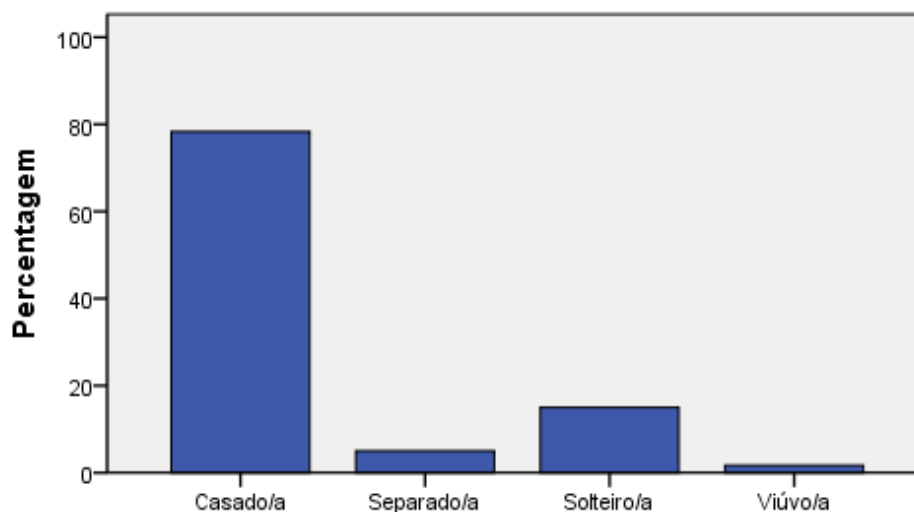
Quanto ao género, verifica-se que a maior parte são mulheres (60%) e 40% são homens. Tradicionalmente a responsabilidade da prestação de cuidados informais

encontra-se a cargo do elemento feminino da família mais próximo, o que pode ser explicado pelas normas culturais em que se atribui ao homem o papel de sustento económico da família, enquanto que se espera da mulher a responsabilidade de cuidar da família e especialmente dos seus elementos mais frágeis. Concluímos assim, que o facto de o maior número de CIs serem mulheres, pode ser ainda reflexo do papel historicamente atribuído à mulher. Desde os primórdios, que os principais cuidados que protegem a vida, encontram-se ligados ao sexo feminino (Torres, 2008).



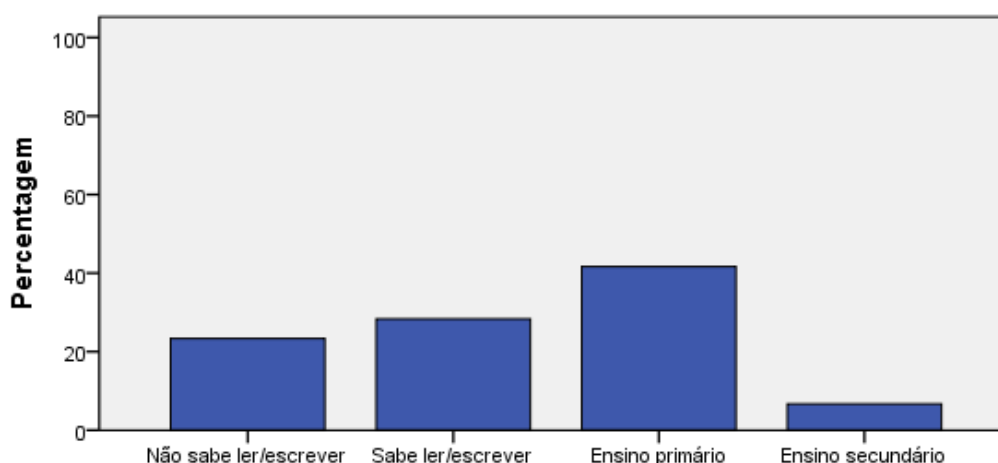
**Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos por género**

Relativamente ao estado civil, como se pode verificar no gráfico 3, constata-se uma prevalência de inquiridos casados (78,3%), significando, portanto, que a maioria dos CIs são os cônjuges, e como já acima referido especialmente do género feminino. As outras situações são, portanto, mais residuais: identificaram-se 15% de solteiros, 5% de separados, sendo os restantes viúvos (1,7%). Contudo quando são os filhos a exercer o papel de prestadores de cuidados junto dos seus pais, a variabilidade do estado civil é muito maior.



**Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos por estado civil**

Os níveis de escolaridade dos inquiridos são substancialmente baixos, uma vez que cerca de 50% não concluiu nenhum grau de ensino. Aproximadamente 23% não sabe nem ler nem escrever e cerca de 28% sabe ler e escrever embora não tenha completado o ensino primário. Grande parte dos inquiridos completaram o grau de ensino mais baixo (41,7%) e apenas 6,7% detêm o ensino secundário. Estamos perante uma população deficitariamente escolarizada, tendo por referência os valores da população portuguesa, mas expectáveis tendo em conta a idade dos inquiridos.

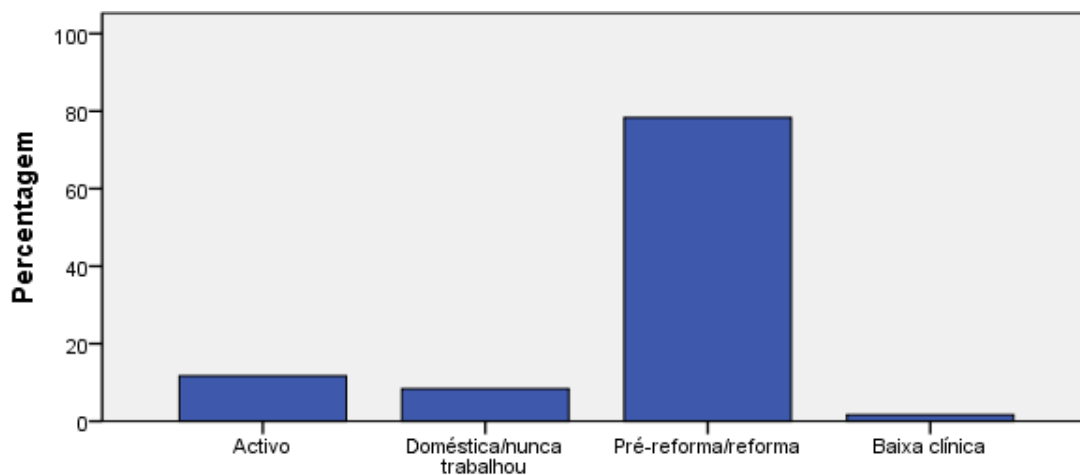


**Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade**

No que diz respeito à situação laboral, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos é reformado ou encontra-se em pré-reforma (78,3%). Apenas cerca de 12%

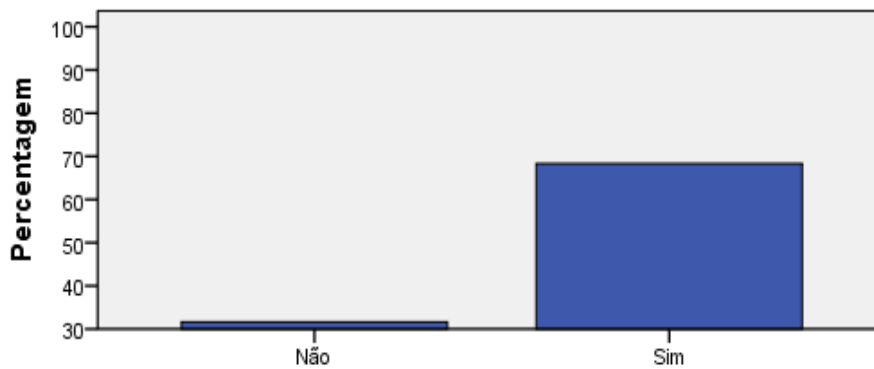
dos inquiridos são profissionalmente ativos. Identificaram-se ainda 8,3% de domésticas e 1,7% de inquiridos de baixa clínica.

Esta é uma situação distinta entre os vários países, e entre a Europa e a realidade Norte Americana. Em Portugal a maioria dos cuidadores não conjuga a prestação de cuidados com a situação laboral (Figueiredo & Sousa, 2008).



**Gráfico 5: Situação laboral**

Relativamente ao estado de saúde dos inquiridos, aproximadamente 68% indicaram ter problemas de saúde. Muitos trabalhos de investigação têm evidenciado a precaridade da condição de saúde física e mental dos cuidadores, bem como a elevada morbilidade de que sofrem, relativamente a outras pessoas que não sujeitas à mesma condição. O estado de saúde do CI assume uma importância extraordinária, uma vez que existe uma associação entre uma pior perceção do estado de saúde e uma maior vulnerabilidade à sensação de sobrecarga (Cardoso, 2011). A nível da experiência individual, a qualidade de vida relacionada com a saúde está numa relação direta posta em causa, seja por a própria pessoa sofrer de algum tipo de doença, seja por lidar com situações familiares difíceis causadas pela existência no seu seio de membros com elevado grau de dependência ou portadores de patologias crónicas (Buss, 2000). A maioria dos inquiridos apresenta queixas de saúde e expectativas negativas face à situação em que se encontram.

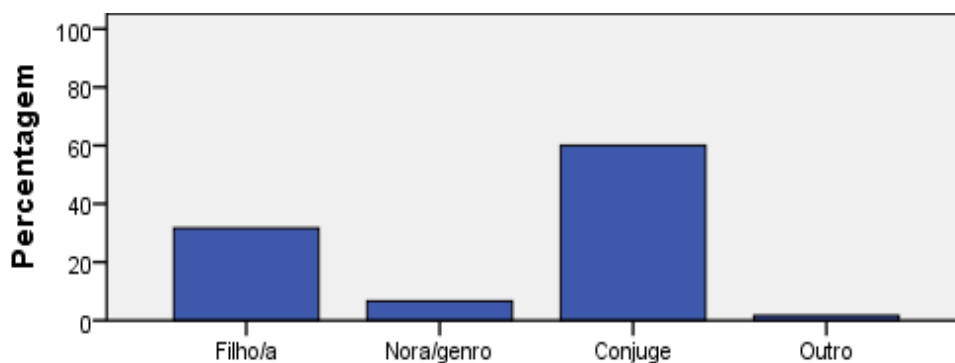


**Gráfico 6: Problemas de Saúde**

Normalmente a prestação de cuidados a pessoas dependentes é uma tarefa de longa duração que se pode prolongar durante vários anos.

Em termos médios, os inquiridos assumem o papel de cuidadores há cerca de 2,2 anos. Nos extremos identificaram-se inquiridos que assumem o papel de cuidadores há um mínimo de 1 ano e um máximo de 7 anos. Contudo, estes valores podem não espelhar a verdadeira realidade, pois se por um lado podemos ter os dados estatísticos do início da prestação de cuidados, pode ser mais difícil prever a sua duração (Cerqueira, 2005).

Quanto ao grau de parentesco entre o inquirido e a pessoa cuidada, verifica-se que a maior parte são cônjuges (60%). Identificou-se ainda uma percentagem expressiva de inquiridos que são filhos/as. (cerca de 32%). Mais residuais são as situações de noras/genros (6,7%). Constatamos, portanto, que relativamente ao grau de parentesco dos CIs, a maioria são cônjuges ou filhos/as, facto que corrobora a ideia de que a grande responsabilidade da tarefa de cuidar recai por hábito nos familiares mais próximos da pessoa necessitada de cuidados. Os amigos, vizinhos ou outras pessoas apenas colaboram em pequenas tarefas, podendo no entanto ficar com a responsabilidade pelo cuidar, na ausência de apoio familiar ou social (Cuesta-Benjumea, 2011).



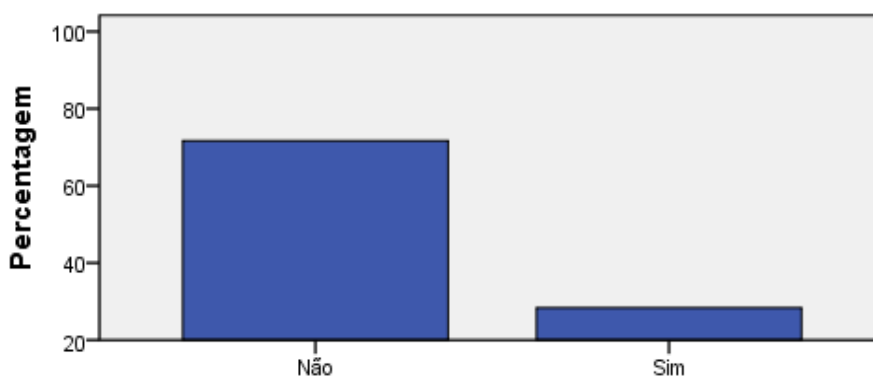
**Gráfico 7: Distribuição dos inquiridos por grau de parentesco**

A grande maior parte dos inquiridos (71,7%) não são os cuidadores exclusivos dos recetores dos cuidados.

O tipo e a frequência da necessidade de cuidados podem variar em função do estado de saúde do CI e da pessoa dependente, estado funcional, estado cognitivo, alterações do comportamento e capacidade económica entre outros fatores. Em determinados contextos a necessidade de vigilância é aumentada, estando relacionada com o facto de a pessoa dependente apresentar um comportamento inadequado. Nestas situações, o CI pode inclusive não compreender os motivos de tal facto, chegando, nalguns momentos, a pensar que a pessoa cuidada tem intencionalidade em desencadear tal situação (Caldas, 2003).

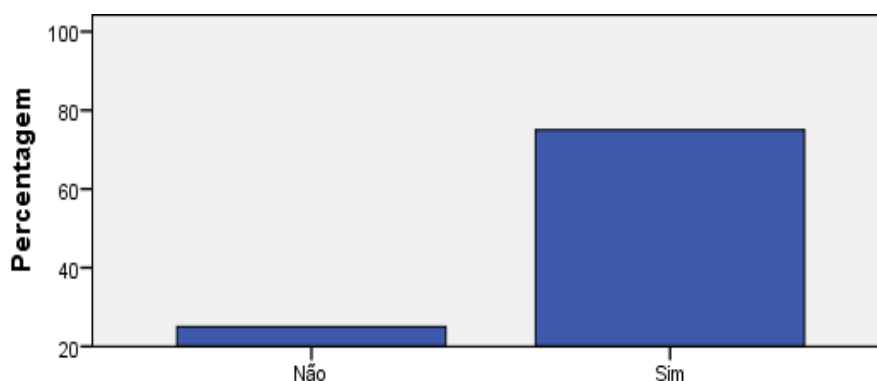
Em termos médios, os inquiridos indicaram ocupar cerca de 6,4 horas no desempenho da função de cuidadores. O mínimo de horas de prestação de cuidados é de 3 horas e o máximo é de 11 horas. A necessidade de prestação de cuidados acarreta que o CI se centre na pessoa dependente, o que pode corresponder a uma situação de isolamento social e uma considerável diminuição do tempo disponível.

De acordo com estudos realizados, na fase de vinculação ao papel de CI, existe um significativo desenvolvimento das funções inerentes ao processo de cuidar que pode ocorrer desde o início da relação de prestação de cuidados até ao momento da morte ou institucionalização, o que gradualmente vai aumentar as necessidades de afetação de tempo à pessoa cuidada (Lindgren, 1993). Esta situação pode comprometer a condição económica do cuidador, pois as despesas aumentam, quer pela necessidade de consultas, medicamentos ou equipamentos. Neste sentido, se as despesas da pessoa são maiores, os rendimentos tendem a ser menores devido à menor disponibilidade para exercer o tempo de trabalho (Martins et al., 2003).



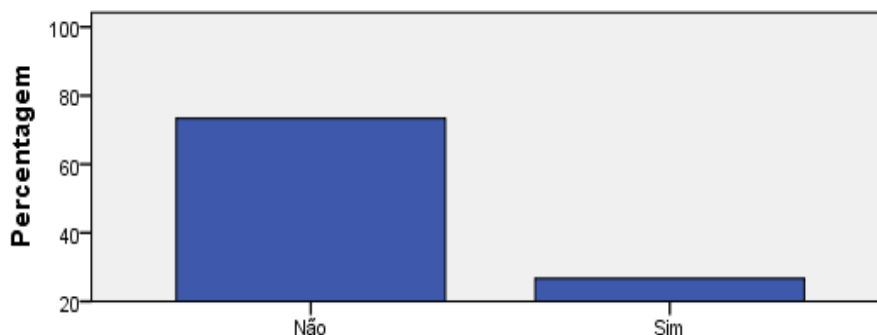
**Gráfico 8: É a única pessoa da família responsável pela prestação dos cuidados?**

A grande maioria dos inquiridos vive na mesma habitação que a pessoa cuidada (75%). Apenas 25% responderam negativamente à questão sobre a coabitação. Esta realidade está relacionada com o facto da maioria dos CIs serem cônjuges, e logo coabitarem. Assim, o contexto de prestação de cuidados pode ter uma influência significativa no bem-estar da pessoa responsável pelos cuidados, uma vez que o fator de proximidade pode condicionar a sua relação com a pessoa cuidada.



**Gráfico 9: Vive na mesma habitação que o seu familiar?**

Relativamente ao cuidado de outras pessoas, cerca de 73% dos inquiridos afirmaram não ter a seu cargo outros dependentes. Apenas 27% é responsável por mais do que uma pessoa.



**Gráfico 10: Tem a seu cargo outras pessoas dependentes?**

## 2.2. Resultados QASCI

O quadro 3 apresenta o nível de sobrecarga médio para os 32 itens que compõem a escala QASCI, no Momento 1 (pré-intervenção) e no Momento 2 (pós-intervenção).

Centremo-nos primeiramente no Momento 1, pré-intervenção. Analisando as primeiras quatro subescalas, verifica-se que os dois itens que apresentam um nível de sobrecarga mais elevado estão incluídos na dimensão “Implicações na vida pessoal” e são eles: “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?” (3,7 pontos) e “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico da sua parte?” (3,7 pontos). Globalmente, esta subescala inclui alguns dos itens mais negativamente avaliados pelos inquiridos. O terceiro item cuja sobrecarga se revelou mais elevada, em termos médios, corresponde à subescala da “Sobrecarga emocional” e remete para a carga psicológica dos inquiridos (“Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?”, 3,6 pontos). Pela positiva, importa referir o baixo nível de sobrecarga associado a dois dos itens que integram a subescala “Reações a exigências”, nomeadamente “Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?” (2,4 pontos) e “Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?” (1,7 pontos).

No que diz respeito às três últimas subescalas e relembrando que estas devem ser lidas no sentido negativo, ou seja, quanto menor a avaliação maior a sobrecarga, destacam-se pela negativa os três itens que compõem “Mecanismos de eficácia e controlo”. “Considera que tem conhecimentos e experiência para tomar conta do seu familiar?” foi o item que obteve a menor avaliação revelando o sentimento de falta de preparação dos cuidadores para desempenharem as suas funções. Pela positiva, refiram-se os elevados níveis de satisfação identificados na subescala “Satisfação com o papel

de cuidador e com o familiar”, especialmente visíveis no item “Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?” (4,5 pontos”).

Vamos agora analisar os níveis médios de sobrecarga após a implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação no CI (Momento 2). Em termos de hierarquia entre itens, e de um modo global, não se observam alterações muito significativas face ao observado no momento anterior à intervenção. Mais importantes são as alterações na sobrecarga sentida pelos CIs. No que diz respeito às primeiras quatro subescalas, a maior parte dos itens observou um decréscimo do valor médio de sobrecarga. Já nas três últimas subescalas, estando o sentido da escala invertido, observou-se pelo contrário uma melhoria nas respostas obtidas.

Os itens que revelaram melhorias mais evidentes entre os dois momentos de avaliação dos cuidadores pertencem às subescalas “Mecanismo de eficácia e de controlo”, “Sobrecarga emocional” e subescala “Implicações para a vida pessoal”. Relativamente à subescala “Mecanismo de eficácia e de controlo”, identificam-se aumentos significativos nos itens que a compõem, sobretudo ao nível do sentimento de que se dominam os conhecimentos e se tem a experiência para tomar conta do familiar (+1,7 pontos). Aliás, o item “Considera que tem conhecimentos e experiência para tomar conta do seu familiar?” é o item cujo valor médio mais se alterou após o programa de enfermagem de reabilitação.

No que diz respeito à subescala da “Sobrecarga emocional” destacam-se os itens “Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?” (-0,8 pontos) e “Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?” (-0,53 pontos), por serem aqueles que maior impacto sofreram no segundo momento da avaliação.

Por último, refira-se ainda a evolução nos itens “Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar” e “Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?” (- 0,5 pontos), os quais integram a subescala “Implicações para a vida pessoal”.

Os itens cujos valores médios não sofreram alterações decorrentes do programa de enfermagem de reabilitação pertencem a três subescalas distintas das referidas anteriormente. São elas a subescala da “Sobrecarga Financeira”, a subescala da “Reação às exigências” e a subescala da “Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar” (diferença de 0,0 pontos). Na primeira subescala destaca-se o item “Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?”. Já na segunda

subescala a maior parte dos itens mantiveram-se inalterados: “Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?”, “Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?” e “Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?”. As respostas a estes itens mantiveram-se idênticas nos dois momentos da avaliação da sobrecarga do CI. Por último, na subescala da “Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar” três dos cinco itens não sofreram alterações. São eles: “Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?”, “Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?” e “Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa, com mais valor?”.

<b>QASCI</b>							<b>Desvio</b>	
	<b>Momento 1 vs Momento 2</b>		<b>Mín.</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>		<b>Padrão</b>	
<b>Sobrecarga Emocional</b>	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1,0	1,0	4,0	4,0	2,4	2,3	1,0	0,9
Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	2,0	2,0	5,0	4,0	3,6	2,8	0,9	0,7
Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	2,0	2,0	5,0	4,0	3,5	2,9	0,6	0,6
Entra em conflito consigo própria(o) por estar a tomar conta...	2,0	2,0	5,0	4,0	2,9	2,8	0,8	0,7
<b>Implicações na vida pessoal</b>								
Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar..	2,0	2,0	5,0	4,0	3,7	3,1	0,8	0,6
Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico da sua parte?	2,0	2,0	5,0	4,0	3,7	3,3	0,7	0,5
Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	2,0	2,0	4,0	4,0	2,9	2,6	0,6	0,5
Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados...	2,0	2,0	5,0	5,0	3,4	3,3	0,7	0,7
Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar...	2,0	2,0	4,0	4,0	3,5	3,3	0,6	0,5

Sente que a vida lhe pregou uma partida?	2,0	2,0	4,0	4,0	3,4	3,2	0,6	0,6
É difícil planear o futuro...	2,0	2,0	5,0	4,0	3,5	3,3	0,6	0,5
Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação e estar preso?	2,0	2,0	4,0	4,0	3,5	3,2	0,6	0,5
Evita convidar amigos para sua casa...	1,0	1,0	4,0	4,0	2,5	2,4	0,8	0,6
A sua vida social tem sido prejudicada...	2,0	2,0	5,0	4,0	3,6	3,3	0,6	0,5
Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	2,0	2,0	5,0	4,0	3,4	2,9	0,6	0,7
<b>Sobrecarga financeira</b>								
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta...	2,0	2,0	4,0	4,0	2,8	2,7	0,7	0,7
Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar...	2,0	2,0	5,0	5,0	3,3	3,3	0,5	0,5
<b>Reações a exigências</b>								
Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com comportamento do seu familiar?	1,0	1,0	4,0	3,0	2,4	2,4	0,6	0,5
Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	2,0	2,0	3,0	3,0	2,4	2,4	0,5	0,5
Sente que o seu familiar a (o) solicita demasiado...	2,0	2,0	5,0	5,0	3,4	3,2	0,7	0,7
Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1,0	1,0	4,0	4,0	1,7	1,7	0,7	0,7
Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar...	1,0	1,0	5,0	5,0	3,2	3,2	0,8	0,8
<b>Mecanismos de eficácia e de controlo</b>								
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita...	2,0	2,0	5,0	4,0	2,5	3,1	0,6	0,6
Sente capacidade para tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	2,0	2,0	5,0	4,0	2,7	3,3	0,6	0,5
Considera que tem conhecimentos e experiência para tomar conta...	3,0	2,0	5,0	4,0	1,8	3,4	0,7	0,5

<b>Suporte familiar</b>								
A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar...	1,0	1,0	3,0	3,0	4,0	4,2	0,7	0,5
Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1,0	1,0	4,0	4,0	4,1	4,2	0,7	0,7
<b>Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar</b>								
Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1,0	1,0	3,0	3,0	4,4	4,4	0,6	0,6
O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1,0	1,0	3,0	3,0	4,4	4,5	0,5	0,5
Fica satisfeita(o), quando o familiar mostra agrado por pequenas coisas...	1,0	1,0	3,0	3,0	4,5	4,5	0,5	0,5
Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1,0	1,0	3,0	3,0	4,3	4,3	0,6	0,6
Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima...	1,0	1,0	3,0	3,0	4,4	4,4	0,5	0,5

**Quadro 3: QASCI Momento 1 vs Momento 2**

### 2.2.1. Subescalas QASCI

Para uma análise mais sistemática da sobrecarga do cuidador informal, e de acordo com o proposto pelos autores da escala QASCI, procedeu-se à construção das sete subescalas que a compõem (para maior detalhe sobre a construção das subescalas ver o capítulo metodológico). Cada subescala é composta por um número variável de itens, sendo que cada uma delas avalia uma dimensão diferente da sobrecarga. Dado que o sentido dos itens que compõem as três últimas escalas era inverso ao das demais, procedeu-se à conversão das respostas de modo a que para todas as subescalas apresentadas, quanto maior for o valor, maior será o nível de sobrecarga. Recorde-se que as subescalas variam de 0 a 100, sendo que o 0 corresponde a um menor nível de sobrecarga e o 100 corresponde a um maior nível de sobrecarga.

Todas as subescalas observaram uma diminuição média do nível de sobrecarga, embora algumas de forma mais expressiva do que outras. Neste contexto, a subescala “Mecanismos de eficácia e de controlo” destaca-se claramente das demais pela evolução positiva em termos de diminuição do nível de sobrecarga após o programa de enfermagem de reabilitação (-23,2 pontos percentuais). Ainda pela positiva importa

realçar as subescalas da “Sobrecarga emocional” cujo nível de sobrecarga reduziu cerca de 10 pontos percentuais entre o primeiro e o segundo momento de avaliação dos CIs. Por sua vez, a subescala que se mostrou menos permeável ao programa de enfermagem de reabilitação foi a subescala da “Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar” cujo valor médio pouco se alterou (-0,3 pontos percentuais).

Tendo em conta o diferenciado impacto do programa de enfermagem de reabilitação nas sete subescalas registou-se uma alteração na sua ordem de grandeza relativa, da qual se considera relevante dar conta. Num primeiro momento a subescala que evidenciava um maior nível de sobrecarga era a dimensão “Mecanismos de eficácia e de controlo”. No entanto, como esta subescala registou a maior evolução positiva, passou a ocupar a terceira posição. Ou seja, na segunda avaliação esta subescala deixou de ser a dimensão pior avaliada, perdeu relevância e peso na sobrecarga total e passou a ficar atrás das subescalas “Implicações na vida pessoal” e “Sobrecarga financeira”.

A “Sobrecarga emocional” que na primeira avaliação ocupava a 3<sup>o</sup> posição, desceu um lugar no ranking da sobrecarga. As três subescalas com menores níveis de sobrecarga mantêm-se inalteradas entre o primeiro e o segundo momento. “Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar” é a subescala que menos contribuiu para os níveis de sobrecarga do cuidador, quer antes, quer depois da implementação do programa de enfermagem de reabilitação.

Para além da construção das sete subescalas QASCI, calculou-se ainda uma medida de avaliação global do nível de sobrecarga (QASCI Global). Como se pode observar no quadro 4, as melhorias em termos das subescalas são igualmente visíveis nesta medida de sobrecarga global. Face ao primeiro momento de avaliação (44,1) a sobrecarga diminuiu -6,4 pontos percentuais após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação. Como se viu anteriormente, algumas subescalas contribuíram mais do que outras para este decréscimo do nível de sobrecarga.

	Sobrecarga percentual			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Sobrecarga Emocional 1*</b>	18,8	87,5	52,5	16,0
<b>Sobrecarga Emocional 2</b>	18,8	62,5	42,7	11,5
<b>Implicações na vida pessoal 1</b>	29,5	79,5	59,0	9,4
<b>Implicações na vida pessoal 2</b>	29,5	63,6	51,9	6,5
<b>Sobrecarga financeira 1</b>	25,0	75,0	51,3	14,1
<b>Sobrecarga financeira 2</b>	25,0	75,0	50,6	13,5
<b>Reações a exigências 1</b>	20,0	60,0	40,6	7,8
<b>Reações a exigências 2</b>	20,0	55,0	39,0	7,5
<b>Mecanismo de eficácia e de controlo 1**</b>	41,7	100	66,4	10,8
<b>Mecanismo de eficácia e de controlo 2**</b>	25,0	58,3	43,2	7,9
<b>Suporte familiar 1**</b>	0,0	62,5	23,5	13,2
<b>Suporte familiar 2**</b>	0,0	50,0	21,0	11,6
<b>Satisfação com o papel de cuidador e familiar 1**</b>	0,0	40,0	15,4	7,4
<b>Satisfação com o papel de cuidador e familiar 2**</b>	0,0	40,0	15,2	7,5
<b>QASCI global 1</b>	<b>31,6</b>	<b>57,0</b>	<b>44,1</b>	<b>5,6</b>
<b>QASCI global 2</b>	<b>29,2</b>	<b>46,6</b>	<b>37,7</b>	<b>4,0</b>

\* O número 1 e 2 identificam os períodos de observação (pré e pós intervenção)

\*\* De acordo com o recomendado, os cálculos referentes às três últimas subescalas baseiam-se nos valores das respostas invertidos, de modo a que, tal como nas restantes subescalas, um valor mais elevado corresponda a um maior nível de sobrecarga. Deste modo, está assegurada a comparabilidade inter subescalas e com os demais estudos disponíveis na literatura.

#### Quadro 4: Sobrecarga percentual

### 2.3. QNM Momento 1 vs Momento 2

Para além do nível de sobrecarga, o presente trabalho permitiu detetar a incidência de lesões músculo-esqueléticas (através do Questionário Nórdico Músculo-esquelético – QNM).

No primeiro momento (M1), pré intervenção, os inquiridos reportaram mais problemas nas seguintes regiões do corpo: “**punho/mãos**” (nos últimos 12 meses 78,3% dos inquiridos reportaram problemas, e nos últimos 7 dias a percentagem mantém-se elevada embora desça para os 65,0%) e “**região lombar**” (75,0% indicaram esta região

como fonte de problemas nos últimos 12 meses e 71,7% referiram-na nos últimos 7 dias). Em termos das regiões identificadas como fonte de impedimento para o desempenho das atividades normais, para além das duas regiões acima referidas, os cuidadores identificaram ainda de forma bastante expressiva as **“ancas/coxas”** (36,7%). Ao nível da dor, as duas regiões mais referidas como fonte de problemas são igualmente aquelas que maior dor causam nos cuidadores: **“região lombar”** (3,8 pontos) e **“punho/mãos”** (3,6 pontos).

Entre as regiões menos referidas como causadoras de problemas, que menos impedem o desempenho das atividades normais e, ainda, que menos dor causam, estão o **“cotovelo”** e a **“região torácica”**.

De modo a conseguir uma medida global das lesões músculo-esqueléticas, contabilizou-se o número de regiões referidas por cada inquirido, dando origem ao que se convencionou chamar “incidência das lesões”. Como é possível verificar no quadro seguinte, em termos médios, os cuidadores identificaram problemas em 4,3 regiões corporais tendo por referência os últimos 12 meses. A incidência das lesões diminuiu para 3,9 quando a referência temporal são os últimos 7 dias. No que diz respeito aos problemas que constituem impedimentos para as atividades normais, foram identificadas, em termos médios, 1,5 regiões.

Analisando agora os resultados obtidos no Momento 2, podemos verificar que as regiões anteriormente identificadas como mais problemáticas mantêm-se relativamente idênticas na segunda avaliação das lesões músculo-esqueléticas, após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação. No entanto, na generalidade das situações diminui a percentagem de cuidadores a identificar problemas nas regiões corporais em avaliação, o que é sobretudo evidente nas respostas que tiveram os últimos 7 dias como referência temporal. A diferença entre a percentagem de referências no segundo momento face ao primeiro foi mais evidente nas seguintes regiões: **“ancas/coxas”** (-16,7 pontos percentuais), **“região lombar”** (-13,3 pontos percentuais), **“punho/mãos”** (-11,7 pontos percentuais) e **“tornozelos/pés”** (-11,7 pontos percentuais).

Em termos do nível de dor sentida também se verificou uma melhoria das respostas obtidas pelos cuidadores. Foram três as regiões onde se registaram melhorias mais evidentes ao nível da dor: **“punho/mãos”** (-0,9 pontos), **“região lombar”** (-0,7 pontos), **“ancas/coxas”** (-0,7 pontos). Pelo contrário, na região dos **“joelhos”** não se verificaram grandes alterações nos níveis de dor reportados pelos inquiridos.

Quanto ao nível de incidência das lesões verificaram-se melhorias nos três indicadores. De acordo com o referido anteriormente, é no período temporal dos últimos 7 dias que mais diferenças se observam entre a primeira e a segunda avaliação dos inquiridos. Se no primeiro momento os cuidadores referiram, em termos médios, 3,9 regiões, no segundo momento esse valor diminuiu para 3,2 regiões.

QNM	Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema nas seguintes regiões: (%)		Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais por causa de problemas nas seguintes regiões: (%)		Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões: (%)		Nível de dor (escala 0 a 10) (média)	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
<b>Pescoço</b>	43,3	43,3	10,0	13,3	40,0	35,0	1,8	1,5
<b>Ombros*</b>	35,0	31,7	1,7	1,7	30,0	23,3	1,1	0,9
<b>Cotovelo*</b>	18,3	15,0	1,7	0,0	16,7	10,0	0,8	0,6
<b>Punho/Mãos*</b>	78,3	70,0	35,0	23,3	65,0	53,3	3,6	2,7
<b>Região Torácica</b>	25,0	25,0	3,3	3,3	20,0	21,7	1,0	0,8
<b>Região Lombar</b>	75,0	71,7	26,7	23,3	71,7	58,3	3,8	3,1
<b>Ancas/Coxas</b>	56,7	48,3	36,7	30,0	55,0	38,3	3,1	2,4
<b>Joelhos</b>	60,0	61,7	18,3	18,3	51,7	50,0	3,1	3,0
<b>Tornozelos/Pés</b>	36,7	35,0	18,3	16,7	36,7	25,0	1,6	1,1
<b>Incidência das lesões (média)</b>	4,3	4,0	1,5	1,3	3,9	3,2		

\* Considerou-se a existência de problemas nas regiões assinaladas independentemente da especificidade da resposta (por exemplo, caso o inquirido tenha respondido “ombro direito”, “ombro esquerdo” ou “ambos”, para efeitos da contabilização dos problemas músculo-esqueléticos contabilizados neste quadro considerou-se “sim”).

**Quadro 5: QNM Momento 1 vs Momento 2**

## **2.4. Relação entre QASCI e QNM**

De modo a verificar se existe relação entre o nível de sobrecarga (QASCI) e a incidência de lesões músculo-esqueléticas (QNM) apurou-se o nível de correlação de Pearson entre a QASCI Global e as três medidas de incidência das lesões, para o momento que antecedeu a implementação do programa de enfermagem de reabilitação. Os resultados apontam para níveis de correlação positivos, mas de baixa intensidade, entre a QASCI Global e a Incidência de Lesões nos últimos 12 meses ( $r=0,355$ ,  $p<0,01$ ), entre a QASCI Global e a Incidência de Lesões nos últimos 7 dias ( $r=0,350$ ,  $p<0,01$ ) e entre a QASCI Global e a Incidência de Lesões impossibilitadoras da realização das atividades normais ( $r=0,307$ ,  $p<0,05$ ). Ou seja, a um nível QASCI mais elevado tende a corresponder uma maior incidência de lesões músculo-esqueléticas.

## **2.5. Relação QASCI/QNM e dados de caracterização sociodemográficos**

Os dados de caracterização sociodemográfica permitem-nos identificar o perfil do cuidador que neste estudo apresenta maiores níveis de sobrecarga. No quadro 6 apresenta-se o nível de sobrecarga global (QASCI Global) para os principais segmentos da população em estudo, aquando do primeiro momento de avaliação (anterior ao programa de Enfermagem de Reabilitação). Em muitas das variáveis em estudo não se verificaram diferenças substanciais entre os diferentes segmentos, como é o caso do “género”, uma vez que tanto homens como mulheres apresentam níveis de sobrecarga global idênticos.

Os maiores níveis de sobrecarga QASCI foram identificados entre o grupo dos cuidadores com estado civil “separado/a” (média de 48,1 pontos, ou seja, 4 pontos percentuais acima da média para o total da população) e “solteiro/a” (45,9). Também os cuidadores com mais idade e aqueles que detêm menores habilitações literárias apresentam níveis de sobrecarga mais elevados. Ou seja, é entre os inquiridos com “80 ou mais anos” (47,6) e os analfabetos, que não sabem ler nem escrever que a sobrecarga mais se faz sentir (45,0). Quanto à situação laboral, apuraram-se níveis de sobrecarga superiores para os cuidadores que estão “ativos/as” (46,3). Para além das características dos próprios cuidadores, também o tempo a que exercem essa função parece ter impacto no nível de sobrecarga declarado. Isso é especialmente visível entre os inquiridos que são cuidadores há 4 ou mais anos (45,1).

		QASCI Global	
		Momento 1	
		Média	Desvio padrão
Sexo	Feminino	44,1	6,1
	Masculino	44,1	4,9
Idade	40 a 49	44,7	7,0
	50 a 59	44,8	5,0
	60 a 69	43,7	4,4
	70 a 79	42,2	3,9
	80 ou mais	47,6	5,3
Estado civil	Casado/a	43,5	5,6
	Separado/a	48,1	4,8
	Solteiro/a	45,9	5,7
	Viúvo/a	42,9	.
Habilitações literárias	Não sabe ler/ escrever	45,0	6,5
	Sabe ler e escrever	42,5	6,3
	Ensino primário	44,7	4,5
	Ensino secundário	43,9	5,6
Situação laboral	Ativo/a	46,3	5,0
	Doméstica/nunca trab.	43,5	5,7
	Pré-reforma/reforma	43,9	5,7
	Baixa clínica	42,9	.
Problemas saúde	Não	44,5	5,5
	Sim	43,9	5,7
Relação parentesco	Filho/a	44,5	5,1
	Nora/genro	43,3	3,9
	Cônjuge	44,0	6,1
	Outro	43,2	.
Único responsável	Não	43,9	5,6
	Sim	44,5	5,7

Mesma habitação	Não	44,9	4,6
	Sim	43,8	5,9
Outros dependentes	Não	43,9	5,8
	Sim	44,6	4,9
Tempo cuidador	1 ano	42,9	5,4
	2 anos	44,4	4,5
	3 anos	44,6	5,9
	4 ou mais anos	45,1	6,0
Horas Cuidar	4h ou menos	42,9	5,1
	5h a 6h	43,1	5,5
	7h a 8h	44,4	6,3
	9h a 10h	44,5	5,2

Nota: assinalaram-se os níveis de sobrecarga (QASCI Global) iguais ou superiores a 45,0 pontos e, portanto, que ficam cerca de 1 ponto percentual acima da média para o total da população (QASCI Global = 44,1)

#### **Quadro 6: QASCI Global Momento 1**

Quanto à incidência de lesões músculo-esqueléticas no primeiro momento de observação, e de encontro ao verificado anteriormente, também aqui se verifica uma maior incidência de lesões músculo-esqueléticas no grupo de cuidadores que não sabem ler/ escrever. Esta maior incidência é visível nos 3 indicadores em estudo. Por exemplo, no caso das lesões nos últimos 12 meses, este grupo de cuidadores apresenta uma incidência média de 4,7, ficando 0,7 pontos acima do valor apurado para o total da população em estudo, cujo valor médio é de 4,0.

Importa ainda salientar as diferenças encontradas entre os cuidadores que têm ou não a mesma habitação que o doente, bem como o impacto do tempo a que se exerce a função de cuidador e as horas diárias dedicadas a essa tarefa. Os cuidadores que indicaram partilhar a mesma habitação revelaram uma maior incidência de lesões músculo-esqueléticas em dois dos indicadores em baixo apresentados. Este grupo de cuidadores apresenta uma incidência média de 4,6 em termos de problemas nos últimos 12 meses, ficando 0,6 pontos acima do valor apurado para o total da população em estudo. Já no caso das lesões nos últimos 7 dias, a média dos cuidadores que partilham habitação com os doentes é de 4,2, ficando, portanto, 1 ponto acima da média global. Quanto ao tempo a que se desempenha o papel de cuidador e ao número de horas dedicadas a essa função, as diferenças são ainda mais assinaláveis e evidentes nos três

indicadores em estudo. Verifica-se uma incidência média de 5,5 relativamente aos problemas nos últimos 12 meses e de 5,2 no caso das lesões nos últimos 7 dias, no grupo dos cuidadores que exercem essa função há 4 anos ou mais. Relativamente ao número de horas dedicadas aos cuidados, é no grupo dos cuidadores que despendem entre 9h a 10h no cuidado a terceiros que a incidência de lesões músculo-esqueléticas é mais elevada, seja tendo por referência os últimos 12 meses (5,9), seja nos últimos 7 dias (5,7).

		Incidência lesões 12 meses		Incidência lesões 12 meses – evitar atividades		Incidência lesões 7 dias	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Sexo	Feminino	4,4	1,9	1,6	1,3	4,1	2,1
	Masculino	4,1	2,0	1,3	1,5	3,6	2,2
Idade	40 a 49	4,0	1,2	1,8	0,4	3,6	1,8
	50 a 59	2,7	0,8	1,2	0,7	2,3	0,8
	60 a 69	4,8	1,8	1,9	1,5	4,1	1,9
	70 a 79	4,4	2,0	1,1	1,3	3,7	2,6
	80 ou mais	4,5	1,9	1,8	1,5	4,4	1,9
Estado civil	Casado/a	4,4	2,0	1,5	1,5	4,0	2,2
	Separado/a	3,3	2,5	1,0	1,0	3,3	2,5
	Solteiro/a	4,1	1,5	1,9	0,9	3,6	1,5
	Viúvo/a	3,0	.	2,0	.	1,0	.
Habilitações literárias	Não sabe ler/ escrever	4,7	1,7	2,0	1,6	4,6	1,6
	Sabe ler e escrever	3,8	1,9	1,3	1,6	3,4	2,3
	Ensino primário	4,5	2,1	1,4	1,2	4,0	2,3
	Ensino secundário	3,3	0,5	1,5	0,6	2,5	1,3
Situação laboral	Ativo/a	3,3	1,5	1,3	0,8	3,3	1,5
	Doméstica/nunca trab.	3,8	1,8	2,2	1,3	3,0	2,2
	Pré-reforma/reforma	4,5	1,9	1,5	1,5	4,1	2,2
	Baixa clínica	3,0	.	2,0	.	1,0	.

Problemas saúde	Não	4,3	1,9	1,7	1,1	3,8	2,1
	Sim	4,3	1,9	1,4	1,5	3,9	2,2
Relação parentesco	Filho/a	3,8	1,7	1,6	1,0	3,4	1,9
	Nora/genro	5,8	1,5	1,8	1,7	5,5	1,7
	Cônjuge	4,3	2,0	1,4	1,6	3,9	2,2
	Outro	6,0	.	2,0	.	6,0	.
Único responsável	Não	4,3	1,9	1,4	1,4	3,9	2,1
	Sim	4,3	1,9	1,8	1,4	3,8	2,4
Mesma habitação	Não	3,4	1,6	1,3	1,0	2,9	1,6
	Sim	4,6	1,9	1,6	1,5	4,2	2,2
Outros dependentes	Não	4,3	1,9	1,4	1,5	3,8	2,2
	Sim	4,3	1,9	1,8	1,0	3,9	2,1
Tempo cuidador	1 ano	3,9	1,7	1,4	1,1	3,6	1,8
	2 anos	4,2	2,0	1,3	1,4	3,6	2,3
	3 anos	4,3	1,6	1,6	1,5	4,0	1,9
	4 ou mais anos	5,5	1,9	2,3	1,4	5,2	2,1
Horas cuidar	4h ou menos	4,9	1,8	1,9	1,5	3,9	2,2
	5h a 6h	3,8	1,8	1,4	1,3	3,3	2,0
	7h a 8h	3,9	1,8	1,3	1,2	3,5	2,1
	9h a 10h	5,9	1,0	2,3	1,5	5,7	1,1

Nota: assinalaram-se os níveis de lesão a 12 meses/7 dias iguais ou superiores a 4,5 pontos. No caso dos problemas incapacitantes assinalaram-se os valores iguais ou que ficam acima de 2,0.

#### **Quadro 7: Relação de dados sociodemográficos com QNM**

Para além de conhecer os níveis de sobrecarga apurados pelo instrumento QASCI, a dimensão da incidência das lesões músculo-esqueléticas nos CIs, bem como identificar algumas características que marcam o seu perfil no presente estudo, um dos grandes objetivos desta pesquisa é o de testar o impacto do programa de enfermagem de reabilitação implementado nestes dois indicadores. Portanto, e como já foi anteriormente referido, quer o nível de sobrecarga, quer o nível de incidência de lesões músculo-esqueléticas foram apurados em dois momentos distintos: antes e depois do programa de reabilitação. Estas medidas permitem-nos agora testar se as diferenças identificadas entre os valores apurados são ou não estatisticamente significativas. Para o efeito realizaram-se vários testes estatísticos de comparação de médias, para amostras

emparelhadas (Paired-Samples T-Test<sup>1</sup>), uma vez que estamos perante variáveis quantitativas:

- 1) Teste às diferenças entre QASCI Global – Momento 1 e QASCI Global – Momento 2
- 2) Teste às diferenças entre Incidência Lesões 12 meses – Momento 1 e Incidência Lesões 12 meses – Momento 2
- 3) Teste às diferenças entre Incidência Lesões Incapacitantes 12 meses – Momento 1 e Incidência Lesões Incapacitantes 12 meses – Momento 2
- 4) Teste às diferenças entre Incidência Lesões 7 dias – Momento 1 e Incidência Lesões 7 dias – Momento 2

Os resultados apurados são muito satisfatórios uma vez que para todos os testes se apuraram diferenças negativas (ou seja, verificaram-se diminuições dos níveis de sobrecarga e da incidência de lesões músculo-esqueléticas, como aliás já foi referido anteriormente) estatisticamente significativas, o que valida a importância deste tipo de acompanhamento e intervenções por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação.

O nível de sobrecarga QASCI Global diminuiu de 44,1 para 37,7 após o programa de Enfermagem de Reabilitação, tendo o T-Test revelado que essas diferenças estatisticamente significativas ( $t=17,164$ ;  $p=0,000$ ).

O nível de “incidência das lesões – 12 meses” diminuiu de 4,3 para 4,0 regiões do corpo e também neste caso o T-Test veio confirmar que as diferenças são válidas do ponto de vista estatístico ( $t=2,654$ ;  $p=0,010$ ). Por sua vez, o nível de “incidência das lesões – 7 dias” diminuiu de 3,9 para 3,2 regiões do corpo e também neste caso o T-Test veio confirmar que as diferenças são válidas do ponto de vista estatístico ( $t=2,654$ ;  $p=0,010$ ). No caso da “incidência das lesões incapacitantes – 12 meses” a diminuição foi de 1,5 para 1,3 regiões do corpo e, uma vez mais, as diferenças são estatisticamente significativas ( $t=3,601$ ;  $p=0,001$ ). O programa de enfermagem de reabilitação mostra-se desta forma bastante eficaz na mitigação da sobrecarga e incidência de lesões nos CIs.

---

O T-Test para amostras emparelhadas tem um pressuposto de base para a sua utilização: a variável que resulta das diferenças deve ter uma distribuição normal. No entanto, não se tendo verificado sempre o cumprimento do pressuposto, decidiu-se optar por avançar com a análise (não recorrendo ao teste alternativo não-paramétrico, o Wilcoxon) uma vez que vários estudos indicam que a “violação deste pressuposto não tem consequências sérias se os grupos ou amostras tiverem dimensões razoáveis” (Murteira, 1996), o que se considerou ser o caso.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de expostos os resultados deste trabalho, foi necessário fazer uma revisão à luz do conhecimento atual, para se poder analisar e interpretar os resultados expostos no capítulo anterior. Assim, nesta fase decidimos optar pela seguinte metodologia:

- Análise crítica dos resultados obtidos para cada uma das partes do instrumento de recolha de dados, considerando os objetivos inicialmente definidos;
- Análise comparativa com outros estudos realizados encontrados na pesquisa bibliográfica.

Na sociedade atual verifica-se a existência de um envelhecimento demográfico acentuado, resultado por um lado do aumento da esperança média de vida e por outro lado consequência do declínio da natalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

No nosso país, nas últimas décadas, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando mais de 15% da população total. Segundo as projeções atuais no ano de 2050, este grupo de população poderá representar um faixa de 32% da população do país (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

A realidade acima referida, os crescentes progressos da medicina e a significativa melhoria das condições socioeconómicas das populações contribuem para o aumento da longevidade do ser humano, à qual se associa uma maior prevalência de patologias crónicas e por consequência a existência de pessoas dependentes para a satisfação das suas ABVD. Cuidar de uma pessoa dependente é um desafio que envolve um processo complexo, implica dedicação do CI, conhecimentos, mas também experiências potencialmente causadoras de alterações do estado de saúde físico e mental, e no bem-estar geral de quem diariamente está encarregue desta prestação de cuidados.

Para além destes problemas, surgem outras necessidades relacionadas com a inexistência de reconhecimento social e político, e de falta de informação e conhecimentos que permitam ao CI prestar o apoio necessário à pessoa dependente, mas também prevenir ou diminuir a sua sobrecarga de cuidador (Imaginário, 2004).

Neste sentido, a escolha da realização deste estudo assume grande relevância atual, justificada pela consciencialização da necessidade do papel do CI, bem como pela consciência que cuidar de alguém inclui estar exposto às consequências criadas por uma relação de prestação de cuidados.

Grande parte dos resultados obtidos relacionam-se consistentemente com outros resultados obtidos em estudos de investigação idênticos. Isto significa que a metodologia utilizada durante a realização deste trabalho foi adequada à especificidade do tema a tratar.

### **3.1. Perfil dos Cuidadores Informais**

Nos vários estudos realizados sobre a problemática da prestação de cuidados à pessoa dependente, são tidas em conta inúmeras variáveis que caracterizam o CI.

Neste ponto discutimos os resultados, que caracterizam os mesmos, nomeadamente: idade; género; estado civil; nível de escolaridade; situação laboral; problemas de saúde; há quanto tempo assume o papel de cuidador informal; relação de parentesco; partilha da responsabilidade pela prestação de cuidados; tempo utilizado na função de cuidador; coabitação e existência de outras pessoas dependentes a seu cargo.

#### **3.1.1. Idade**

Os inquiridos têm em média 72 anos de idade, sendo que a idade mínima é 40 e a máxima 96.

Alguns estudos efetuados vão de encontro aos resultados obtidos, demonstrando que a média de idades obtida está situada acima dos 70 anos de idade. Esta constatação está associada ao facto da maioria dos CIs, ter a relação afetiva de cônjuge e portanto de idade já elevada (Beisgen & Kraitchman, 2003).

Os resultados obtidos são concordantes com Relvas (2006), que refere que cada vez mais a denominada 3ª idade tem a seu cargo os mais idosos, assim, são os idosos independentes que cuidam dos idosos dependentes, a “4ª idade”.

Ainda em relação à idade dos cuidadores, são aqueles que têm mais idade os que apresentam níveis de sobrecarga mais elevados. Estes dados são consensuais com diversos estudos, que afirmam que os prestados de CIs mais velhos apresentam uma maior sobrecarga, facto que indica que os cuidadores mais jovens terão maior competência para lidar com os problemas da pessoa necessitada de cuidados (Santos, 2004).

### **3.1.2. Género**

Verifica-se que relativamente a este item, a maior parte dos cuidadores são do sexo feminino (60%) e apenas 40% são homens. Estas conclusões estão de acordo com um estudo realizado na União Europeia sobre “Perspectivas futuras de ajuda às famílias de pessoas idosas na União Europeia” pelo autor Salvage (1996), em que a maioria dos CIs entrevistados eram do género feminino. O cuidador do género feminino, é normalmente o cuidador principal da família, seja ela esposa, cuidando do marido, nora, cuidando dos sogros e/ou filha, cuidando dos pais.

Segundo Torres (2008), também os cuidados prestados, quer pela rede de suporte informal/família quer pela rede institucional/formal, são normalmente prestados por cuidadores femininos. No estudo realizado pela mesma autora, evidencia que os homens esperam que os seus cuidadores na velhice sejam as suas mulheres. Na mesma medida, outros estudos referem, que no contexto Europeu são de facto as mulheres que assumem 2/3 dos cuidados à pessoa dependente (Pereira, 2011).

### **3.1.3. Estado Civil**

No que diz respeito ao estado civil, verificamos que a maior parte dos cuidadores eram casados (78,3%), significando assim que a maioria dos CIs eram cônjuges. Os dados encontrados são muito similares, de acordo com Santos (2004) constata-se que grande parte dos cuidadores são mulheres, de baixa escolaridade e casadas.

### **3.1.4. Nível de Escolaridade**

O nível de escolaridade dos inquiridos é substancialmente baixo, uma vez que cerca de 50% não concluiu nenhum grau de ensino, 23% não sabe nem ler nem escrever e cerca de 28% sabe ler e escrever embora não tenha completado o ensino primário. Com idades tão avançadas trata-se, portanto, na maior parte de indivíduos que cresceram durante o regime da ditadura liderada por António de Oliveira Salazar, altura em que se davam os primeiros passos no sentido da universalização e democratização do ensino.

Os cuidadores com menores habilitações literárias apresentam níveis de sobrecarga mais elevados. Ou seja, é entre os inquiridos analfabetos, que não sabem ler nem escrever que a sobrecarga mais se faz sentir (45,0).

O nível de instrução do cuidador está diretamente relacionado com o risco de morbilidade da pessoa necessitada de cuidados, sendo que o surgimento de situações de risco, como a desnutrição, infeções, obstipação ou incapacidade funcional podem ser prevenidas pelo CI (Caldas & Mendonça, 2005). Num estudo realizado por Bishop, o autor verificou que um maior nível de escolaridade se tinha mostrado favorecedor de uma avaliação positiva do funcionamento físico, cognitivo e emocional, bem como da avaliação da qualidade de vida geral do CI no domicílio (Santos, 2006). Concluimos, portanto, que os dados obtidos, vão de encontro à realidade demonstrada noutros estudos semelhantes.

### **3.1.5. Situação Laboral**

Quanto avaliamos a situação laboral, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos é reformado ou encontra-se em pré-reforma (78,3%). Apenas cerca de 12% dos inquiridos são profissionalmente ativos. Estes dados vão de encontro a estudos realizados pelo Instituto da Segurança Social (2009), em que a maioria dos CIs têm como fonte de rendimento principal uma pensão, predominando neste domínio a pensão de forma. Em relação a outro tipo de rendimentos, o outro grupo predominante são os cuidadores com rendimentos proveniente do trabalho, seguindo-se com menor relevância os cuidadores com rendimentos próprios e por último com menor importância estatística os cuidadores que não têm qualquer fonte de rendimento ou que se encontram desempregados (Gil, 2009). Mais uma vez estes dados são comuns com outros estudos realizados, que concluem que em Portugal os cuidadores não compatibilizam a atividade laboral com uma vida profissional ativa (Figueiredo & Sousa, 2008).

No que diz respeito aos níveis de sobrecarga relacionados com a situação laboral dos cuidadores, apuraram-se níveis de sobrecarga superiores para os cuidadores que estão “ativos/as”. Este resultado é idêntico a outros trabalhos de investigação, nos quais se verificou que os níveis de sobrecarga são impulsionados por um grupo de fatores, tais como, a perda de liberdade e a coexistência de vida profissional ativa (Neves, 2016).

Também para Laham (2003), num estudo realizado com CIs, na falta de atividade o cuidar pode constituir para o CI uma função e uma oportunidade de realização pessoal.

### **3.1.6. Problemas de Saúde**

Na avaliação do item supracitado, verificou-se que cerca de 68% dos cuidadores apresentavam problemas de saúde. Estes resultados vão de encontro ao indicado por Alves (2015), que refere uma correlação positiva entre a prestação de cuidados pelo CI e a sobrecarga intensa relacionada com problemas de ansiedade, fadiga, irritabilidade e desgaste físico. Noutros estudos as conclusões vão de encontro ao já referido, sendo que normalmente os cuidadores apresentam uma “pior” consciência do seu estado de saúde, bem como uma maior perceção da gravidade da situação (Sequeira, 2013).

Na literatura são com assiduidade referidos os efeitos negativos na saúde física e mental, sentidos pelos prestadores de cuidados. Muitas vezes são relatados casos de maior incidência de doenças psiquiátricas, doenças somáticas e sintomas de alterações do seu bem-estar físico (Martins et al., 2003).

### **3.1.7. Há quanto tempo assume o papel de cuidador informal**

Relativamente a esta característica, apurou-se que em média, os cuidadores assumem este papel há cerca de 2,2 anos, sendo que nos extremos verificaram-se inquiridos que prestam cuidados entre os 1 e 7 anos.

O tempo a que exercem essa função, demonstrou ter influência no aparecimento da sobrecarga, sobretudo entre os inquiridos que são cuidadores há 4 ou mais anos. Os dados encontrados são idênticos aos de outros estudos, que comprovam a existência de uma relação direta entre a duração do cuidar e a sobrecarga (Sequeira, 2013). Deste modo, outros autores afirmam que uma exposição prolongada ao contexto de prestação de cuidados, potencia o surgimento de sobrecarga (Araújo, Lage, Cabrita, & Teixeira, 2016).

### **3.1.8. Relação de Parentesco**

Na análise da relação de parentesco entre o CI e a pessoa cuidada, verifica-se que a maior parte são cônjuges (60%), seguindo-se depois uma percentagem expressiva de inquiridos que são filhos/as (cerca de 32%), sendo mais residuais são as situações de

noras/genros (6,7%). Num estudo realizado por Carvalho (2009), estes dados são comprovados, sendo que segundo a autora os cuidados são majoritariamente realizados, por um elemento da rede familiar, decorrente da proximidade de residência. Assim, no caso da pessoa dependente, a maioria dos cuidadores vive na mesma habitação, identificando-se os cônjuges ou os filhos. Segundo o mesmo estudo, as pessoas que prestam os cuidados na maioria das vezes são os cônjuges, sejam homens ou mulheres, com mais expressão estatística no caso das últimas, seguindo-se os filhos, com clara dominância para as filhas.

### **3.1.9. Partilha da responsabilidade pela prestação de cuidados**

Relativamente a esta característica, a grande maioria dos cuidadores (71,7%) não são os cuidadores exclusivos dos receptores dos cuidados. A este respeito, é de considerar que há medida que a dependência e dificuldade da pessoa cuidada aumenta, acresce também a dificuldade e responsabilidade do CI em auxiliar e/ou substituir a pessoa incapacitada da satisfação das suas necessidades. Assim, é natural que desde o início ou com o avançar do tempo o cuidador principal não preste exclusivamente todos os cuidados que são necessários. Os dados obtidos são confirmados por outros autores, que revelam ser indispensável a ajuda de terceiros para a manutenção da pessoa dependente no domicílio (Sequeira, 2013). Na mesma linha de investigação, e noutro estudo realizado, o autor concluiu que a maior percentagem dos cuidadores tinha apoios provenientes de outros familiares, vizinhos, Segurança Social, Centro de Saúde e Santa Casa da Misericórdia (Imaginário, 2004).

### **3.1.10. Tempo utilizado na função de cuidador**

No que concerne ao número de horas que os cuidadores despendem para a realização dos cuidados, existe uma variação diretamente proporcional à sobrecarga. Foi no grupo dos cuidadores que despendem entre 09h a 10h que a incidência de lesões musco-esqueléticas se revelou mais elevada. Os resultados referidos são corroborados por estudos semelhantes, que asseguram existir influência entre o aumento do tempo/horas de prestação de cuidados e a sobrecarga física do cuidador (Rodrigues, 2012). Num estudo realizado por Sequeira (2013), uma das principais variáveis a ter em conta em termos de repercussões negativas para a sobrecarga, é precisamente o cuidador que cuida durante mais de 12 horas.

### **3.1.11. Coabitação**

A coabitação é considerada como um dos principais fatores na determinação do responsável pela prestação de cuidados. A grande maioria dos inquiridos vive na mesma habitação que a pessoa cuidada (75%). Apenas 25% responderam negativamente à questão sobre a coabitação. Esta realidade está relacionada com o facto da maioria dos CIs serem cônjuges.

Os cuidadores que indicaram partilhar a mesma habitação revelaram uma maior incidência de lesões músculo-esqueléticas, que está segundo estudos realizados relacionado com um maior nível de dependência dos recetores de cuidados (Bris, 1994).

### **3.1.12. Existência de outros dependentes a seu cargo**

Na avaliação da existência de outros dependentes a cargo do cuidador, cerca de 73% dos inquiridos afirmaram não ter a seu cargo outros dependentes. Apenas 27% é responsável por mais do que uma pessoa.

Estudos anteriores demonstraram resultados semelhantes, sendo que 80% deu resposta negativa, 20% afirmou que sim, designadamente filhos ou outro familiar necessitado de cuidados (Ferreira, 2003).

## **3.2. Resultados QASCI – Consequências negativas associadas ao cuidar**

Relativamente as primeiras quatro subescalas, os dois itens que apresentam um nível de sobrecarga mais elevado estão incluídos na dimensão “**Implicações na vida pessoal**”. O terceiro item cuja sobrecarga se revelou mais elevada, em termos médios, corresponde à subescala da “**Sobrecarga emocional**”. No que diz respeito às três últimas subescalas os itens que apresentam um nível de sobrecarga mais elevado são os três itens que compõem a subescala “**Mecanismos de eficácia e controlo**”. Em relação ao nível de sobrecarga das últimas duas subescalas acima referidas, os dados são em grande parte corroborados pelo o estudo realizado por Loureiro (2009). As mesmas conclusões, que validam os resultados estatísticos obtidos na presente investigação foram detetadas num estudo realizado por Cardoso (2011).

Já num estudo realizado sobre a Sobrecarga e dificuldades de CIs de dependentes mais velhos, os resultados são mais uma vez idênticos, sendo que a subescala em que os inquiridos referiram um nível de Sobrecarga mais elevado foi

“Implicações na vida pessoal”, tendo os mesmos respondido “sempre” nas questões: “Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico” e “É difícil planejar o futuro, dado que as necessidades do seu familiar, não se podem prever?” (Félix, 2008).

Importa contudo referir, que pela positiva existiu no presente estudo um baixo nível de sobrecarga associado à subescala “Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar”, particularmente visível no item “Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?”. Estes resultados, estão de acordo com os consultados da revisão bibliografia realizada. No estudo realizado por Loureiro (2009), os itens que compõem a referida subescala integram o grupo daqueles que indicam menos Sobrecarga para os CIs. Também para outros autores a satisfação com o papel de cuidador relaciona-se como um dos aspetos positivos associados ao cuidar (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues, & Dias, 2011).

### **3.3. Níveis de Sobrecarga do CI após implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação**

Na análise à influência na sobrecarga do CI, após a implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação verificamos que não existiu alteração importante relativa à hierarquia entre os itens. Contudo, existiram alterações significativas relativas à sobrecarga sentida pelos cuidadores, sendo que um modo geral verificou-se um decréscimo do valor médio de sobrecarga.

Os itens que apresentaram melhorias mais significativas foram os pertencentes às subescalas “Mecanismo de eficácia e de controlo” e “Sobrecarga emocional”. O referido, entra em consonância com outros estudos realizados, onde a informação/formação instituída aos cuidadores demonstrou ser uma estratégia eficaz para a diminuição da sobrecarga dos prestadores de cuidados (Araújo et al., 2016).

As subescalas acima referidas, foram as que demonstraram maior permeabilidade ao programa de intervenção implementado, significa, portanto, que é fundamental dotar os cuidadores de estratégias que lhe permitam prestar bons cuidados e minimizar as suas consequências. Estes resultados são corroborados num estudo realizado por Brito (2002), em que para a autora as dificuldades associadas ao processo de cuidar, inerentes às subescalas descritas foram ultrapassadas pelas estratégias de apoio implementadas. Da mesma forma para Imaginário (2004), é fundamental dotar os

CIs de instrumentos que aumentem sua autoeficácia no processo de cuidar, preservando o seu bem-estar, saúde e capacidade funcional.

### **3.4. Incidência de lesões músculo-esqueléticas no CI e influência do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação**

O QNM é um instrumento adequado para avaliar o risco ergonómico, e um dos meios de colheita de dados mais usado para registar a incidência de sintomas de distúrbios osteomusculares, sendo de rápida aplicação e economicamente viável. Relembramos que na sua aplicação, encontrava-se disponível uma imagem para que o inquirido pudesse mais facilmente identificar as partes do corpo afetadas.

No primeiro momento da realização da colheita de dados, através da aplicação do QNM, os cuidadores referiram problemas mais frequentes e por vezes incapacitantes nas regiões anatómicas **“Punho/mãos”**, **“Região lombar”** e **“Ancas/coxas”**. Ao invés as regiões **“Cotovelo”** e **“Região torácica”** foram aquelas identificadas como menos causadoras de problemas. Em termos médios, foram identificados problemas em 4,3 regiões anatómicas. No geral, nos últimos 12 meses grande parte dos cuidadores apresentam problemas (78,3%) e nos últimos 7 dias a percentagem mantém-se bastante elevada (65%).

Os referidos resultados estatísticos, bem como a maior prevalência de sintomas nas localizações mencionadas encontram-se em concordância com o estudo realizado por Cardoso (2017), em que grande parte dos cuidadores apresentavam lesões músculo-esqueléticas, sendo que de igual forma as regiões mais afetadas foram **“Punho/mãos”** e **“Ancas/coxas”**. A consistência destes dados é reforçada pelo trabalho de investigação realizado por Bazo (2014), sendo que relativamente aos sintomas osteomusculares, 90% dos cuidadores revelaram problemas no ultimo ano e 73% nos últimos 7 dias. Também para outros autores os resultados são semelhantes, sendo que os cuidadores de idosos dependentes são doentes em potencial (a região lombar foi a referida como mais problemática) (Carneiro, Pires, Filho, & Guimarães, 2009).

As regiões anatómicas que foram inicialmente identificadas como mais problemáticas mantêm-se aproximadamente iguais no segundo momento de avaliação. Contudo, na globalidade diminui a percentagem de cuidadores que identificaram problemas nas regiões corporais avaliadas, tendo também diminuído o nível de dor sentido nas respostas dadas pelos mesmos. A avaliação destes resultados leva-nos a

afirmar que o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado teve impacto na promoção de bem-estar da população em estudo. O impacto foi mais evidente nas regiões: **“Punho/mãos”**, **“Região lombar”** e **“Ancas/coxas”**. Neste contexto, também para Patrocínio (2011) é comum que o CI não seja alvo de intervenção, facto que acarreta riscos de sobrecarga, pelo que se torna emergente a implementação de programas de formação que capacitem o cuidador para o cuidado com a pessoa dependente, mas também para o seu autocuidado.

Esta avaliação é corroborada por vários autores, que afirmam que o cuidador tem que ser apoiado e orientado, para que desta forma preserve a sua saúde. O enfermeiro deve atuar sobre os riscos de sobrecarga do cuidador, assumindo neste processo um papel preponderante ensinando e instruindo o cuidador (Fernandes, Sousa, Monteiro, Gomes, & Martins, 2013). Noutro estudo realizado, apurou-se que entre as dificuldades referidas pelos cuidadores, os mesmos salientaram como principais obstáculos, a escassez de formação recebida, as dificuldades financeiras e a falta de conhecimentos. Em relação ao que poderia ser feito, foi referido entre outros aspetos uma maior necessidade de formação contínua e acompanhamento ao longo do processo de prestação de cuidados (Carneiro et al., 2009).

### **3.5. Relação entre QASCI e QNM**

Quando analisamos se existia relação entre o nível de sobrecarga e a incidência de lesões músculo-esqueléticas, verificamos que o nível de correlação entre o instrumento QASCI e as três medidas principais que compõem o QNM é positivo, mas, contudo, de baixa intensidade. Esta análise é claramente comprovada por um estudo realizado sobre a “Sobrecarga e sintomas osteomusculares em cuidadores de idosos comunitários” realizado por Bazo (2014). No referido estudo e tal como os resultados apresentados na presente investigação, existe uma grande prevalência de sintomas osteoarticulares e sobrecarga nos cuidadores informais. De forma idêntica foi observada uma fraca correlação entre os sintomas osteoarticulares e sobrecarga dos cuidadores.

## CONCLUSÃO

Devido à realidade atual de aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população mundial, encontramos cada vez mais pessoas de idade avançada e com elevado grau de dependência. Este contexto origina inúmeros problemas sociais e políticos para a sociedade em geral, aportando também maiores implicações económicas pela maior necessidade provável de cuidados de longa duração a pessoas dependentes e portadoras de patologias crónico degenerativas (Imaginário, 2004).

Estas consequências resultantes do avanço da idade, trazem consigo uma maior fragilidade de ordem física e psíquica, que com o seu agravamento levam o indivíduo a necessitar de auxílio para a satisfação das suas ABVD e AIVD (Loureiro, 2009).

Assim, a pessoa dependente e, por conseguinte, necessitada de cuidados passa, então, a precisar de alguém que assuma os seus cuidados e que se responsabilize pelo seu bem-estar, sendo esta a figura do CI. Esta relação de prestação de cuidados, composta pelo dependente e o CI, apresenta-se como um desafio, uma vez que o primeiro manifesta inúmeras necessidades. São elas derivadas da perda progressiva de autonomia física, défices sensoriais e cognitivos, da alteração da autoimagem, perda de papel social e profissional, entre outras (Imaginário, 2004).

Os CIs são normalmente familiares ou outras pessoas da comunidade próximas, que muitas vezes voluntariamente e sem formação profissional na área se disponibilizam a assumir o papel. Este processo de prestação de cuidados no domicílio, pode ter consequências negativas para o cuidador, tendo o mesmo o risco de desenvolver incapacidade para a gestão da sua vida quotidiana, com riscos para a sua saúde e bem-estar, ou seja, risco de sobrecarga e surgimento de lesões músculo-esqueléticas (Cardoso, 2011).

A qualidade de vida e bem-estar da pessoa dependente é fundamental, porém esta realidade relaciona-se também com o bem-estar físico e mental de quem assume o papel de CI. Vários estudos indicam que o idoso prefere passar esta última etapa do seu ciclo vital, no seu meio habitual de vida, junto dos que lhe são mais próximos e lugar onde pode manter a sua privacidade e alguns hábitos anteriores. Contudo, a satisfação deste desejo nem sempre é uma tarefa fácil, acarretando portanto elevados níveis de sobrecarga física e mental, bem como elevada incidência de sintomatologia osteomuscular (Rodrigues, 2012).

Para Sequeira (2007), a realidade e expectativas sobre o envelhecimento da população, trazem um conjunto de novos desafios para as famílias e cuidadores. Estes têm a responsabilidade da satisfação do desejo do idoso de permanecer no seu contexto natural, o seu domicílio. Contudo, torna-se emergente adotar novas orientações estratégicas, facilitadoras para o processo de prestação de cuidados adequados às necessidades dos destinatários. Pretende-se que esta relação traga para ambos consequências positivas, envolvendo vínculos afetivos e relacionados com a história da vida de cada família.

Neste sentido o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem um papel crucial na prestação de cuidados e ensinamentos ao binómio doente/família que não se restringe aos cuidados prestados em ambiente institucional. Esta intervenção deve ser estendida à comunidade e domicílio, quando os recetores de cuidados não têm condições para se deslocar ao hospital ou centro de saúde, e as suas necessidades se enquadram no seu ambiente natural (Ferreira, 2003).

Com o presente trabalho de investigação pretendeu-se conhecer a realidade e dificuldades destes CIs, principalmente, avaliar os níveis de sobrecarga e incidência de lesões músculo-esqueléticas e relacioná-los com a aplicação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Foi também realizada uma análise de acordo com algumas variáveis encontradas na literatura, passíveis de influenciar os resultados.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos inquiridos recolhidas através da aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra de CIs, foi possível definir um perfil destes cuidadores, que importa salientar ter ido de encontro a outros estudos realizados de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada. Assim, os cuidadores têm uma média de idade de 72 anos, predominantemente cônjuges do género feminino, casados, com níveis de escolaridade baixos e grande parte reformados. A maioria indica ter problemas de saúde; assumem em média este papel há 2,2 anos; não são CIs exclusivos dos recetores de cuidados; ocupam em média 6,4 horas do desempenho da função de cuidar; 75% vivem na mesma habitação que a pessoa cuidada; 73% afirmam não ter outros dependentes.

Relativamente às principais conclusões sobre os dados sociodemográficos verificamos que:

- Os CIs mais velhos são os que apresentam níveis de sobrecarga mais elevados; os CIs com menores habilitações literárias referem maior sobrecarga; apuraram-se níveis de

sobrecarga superiores para os cuidadores ativos; existe uma correlação positiva entre a prestação de cuidados e a sobrecarga intensa (problemas de saúde); o aumento do tempo a que se exerce a função de cuidador e o aumento de horas despendidas para a realização dos cuidados influenciam o aparecimento de sobrecarga; os CIs que coabitam com o dependente revelaram maior incidência de lesões músculo-esqueléticas.

No que diz respeito aos resultados do instrumento QASCI, apuramos o seguinte:

- Os itens que apresentam um nível de sobrecarga mais elevado estão incluídos nas subescalas **“Implicações na vida pessoal”**, **“Sobrecarga emocional”** e **“Mecanismos de eficácia e controlo”**. Pela positiva existiu um baixo nível de sobrecarga associado à subescala **“Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar”**.

Na análise dos níveis de sobrecarga após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação, constatamos que:

- De um modo geral verificou-se o decréscimo do valor médio de sobrecarga, sendo que os itens que apresentaram melhorias mais significativas pertencem às subescalas **“Mecanismos de eficácia e controlo”** e **“Sobrecarga emocional”**.

Quanto à incidência de lesões músculo-esqueléticas no CI e influência do programa de enfermagem de reabilitação, concluímos que:

- Foram no primeiro momento de recolha de dados, identificados problemas em 4,3 regiões anatómicas, com maior frequência nas localizações **“Punho/mãos”**, **“Região lombar”** e **“Ancas/coxas”**.

- No segundo momento e na globalidade, diminuiu a percentagem de cuidadores que identificaram problemas nas regiões corporais avaliadas, tendo diminuído também o nível de dor. O impacto foi mais evidente nas localizações acima referidas.

Na análise realizada, para apurar se existia relação entre o nível de sobrecarga e a incidência de lesões músculo-esqueléticas, verificamos que apesar de existir uma grande prevalência de sintomatologia osteoarticular e sobrecarga nos CIs, foi observada uma fraca correlação entre si.

Concluindo, a realização deste trabalho de investigação demonstrou a importância da existência do papel de CI, bem como das suas necessidades, assim como do sucesso da implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação. Os CIs acarretam vários problemas na sua vida, decorrentes do processo de cuidar, entre os quais a sobrecarga nas suas várias vertentes e incidência de lesões músculo-esqueléticas.

Torna-se, então, crucial o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção, dentro dos quais o enfermeiro de reabilitação deverá ter um papel

preponderante. Tais programas devem ter como base o acompanhamento da atividade dos cuidadores no domicílio, bem como a sua formação, prevenindo a instalação de quadros prejudiciais para a pessoa dependente e para que quem cuida o possa continuar a fazer.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alarcão, M. (2000). (Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto Editora.

Aneshensel C.S, Pearalin L.I, Mullan J.T, Z. S. . (1995). Profiles in Caregiving:The Unexpected Career. Academic Pressdemc Press, 23(2), 233–234.

Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2016, April). Eficácia do programa INCARE na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um AVC. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 5.

Beisgen, B., & Kraitchman, M. (2003). *Senior Centers: Opportunities For Successful Aging* (primeira e). Springer Publishing Company.

Bertini, G. S. (2017). Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes de um serviço de atenção domiciliar. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Braga, R. J. V. D. A. (2009). Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos. Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207\\_tm\\_Ricardo\\_Braga.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207_tm_Ricardo_Braga.pdf)

Bris, H. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes. Idosos nos Países das Comunidades Europeias. Irlanda, Fundação Europeia para a Melhoria das. Condições de Vida e de Trabalho.*

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163–177. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A doença de alzheimer e outras demências em portugal.* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733–781. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>

Cardoso, M. J. D. S. P. D. O. (2011). Promover o bem-estar do familiar cuidador, 253. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9756/1/Promover bem-estar FC\\_Programa de intervenção estruturado.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9756/1/Promover%20bem-estar%20FC_Programa%20de%20intervenção%20estruturado.pdf)

Carneiro, B., Pires, E., Filho, A., & Guimarães, É. (2009). Perfil dos Cuidadores de Idosos de Instituições de Longa Permanência de Sintomatologia Dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 75–82.

Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. *As Mudanças No Ciclo de Vida Familiar*. Retrieved from [http://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap\\_01\\_34\\_ww.pdf](http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_34_ww.pdf)

Cerqueira, M. (2005). O cuidador e o doente paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio. FORMASAU, formação e Saúde Lda.

Cervo, Amado Luiz, Bervian, Pedro Alcino, Silva, R. da. (2014). Métodos e técnicas de pesquisa. In *Metodologia científica* (pp. 27–35).

Colliere, M. F. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Coyne, A. C., Reichman, W. E., & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 643–646. <http://doi.org/10.1176/ajp.150.4.643>

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(no 2), 127–136. <http://doi.org/10.12707/RIII1018>

Cuesta-Benjumea, C. (2011). Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1790–1799. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05607.x>

Dominguez Alcón, C. (1998). Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Índex de Enfermeria*, (23), 15–21. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44411/1/151249.pdf>

Faustino, S. P. (2017). A saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Félix, L. (2008). Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos. FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA.

Fernandes, C., Sousa, C., Monteiro, C., Gomes, J., & Martins, M. (2013). Cuidar do cuidador “no idoso dependente do foro ortoédico.” Boletim Clínico Da EsenfSM, 4, 22.

Ferreira, I. (2003). A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência. Instituto Politécnico de Setubal.

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26(1), 15–24. Retrieved from [http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-suporte/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/02\\_1-2008.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-suporte/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/02_1-2008.pdf)

Figueiredo, M., & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: da concepção à documentação dos cuidados. Revista Mineira de Enfermagem, 13(1), 57–64. <http://doi.org/S1415-27622009000100008>

George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver Weil-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults<sup>1</sup>. The Gerontologist, 26(3), 253–259. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.3.253>

Gil, A. (2009). Conciliação entre a Vida Profissional e Familiar: o caso da dependência. Nucleo de Estudos e Conhecimento, Instituto de Segurança Social.

Grácio, A. G. (2014). Os impactes percebidos pelos cuidadores informais no concelho de Nisa. INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE.

Imaginário, C. M. I. (2004). O Idoso Dependente Em Contexto Familiar - Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Revista de Estudos Demográficos, 1, 185–208. Retrieved from <papers3://publication/uuid/1A7196EB-B35B-4744-B687->

A9550F7B254C%5Cnhttp://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\_censos\_estudo\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos. Censos 2011 (Vol. 26). Retrieved from [http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011\\_res\\_definitivos.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf)

Jackson, S. L. (2011). Research Methods and Statistics: A Critical Thinking Approach. Thinking (Vol. Third). Retrieved from [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YXHuw\\_aIlgYC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Research+Methods+and+Statistics+A+Critical+Thinking+Approach&ots=kSMOVPw5Wn&sig=38DWL0li-myg004AO6apOzAyfdo](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YXHuw_aIlgYC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Research+Methods+and+Statistics+A+Critical+Thinking+Approach&ots=kSMOVPw5Wn&sig=38DWL0li-myg004AO6apOzAyfdo)

Lemos ND, Gazzola JM, & Ramos LR. (2006). Cuidando do Paciente com Alzheimer : o impacto da doença no cuidador Caring For The Alzheimer ' s Patient : the impact of the illness on the caregiver. *Saúde E Sociedade*, 15(3), 170–179. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300014>

Lindgren, C. (1993). The caregiver career. *Journal of Nursing Scholarship*, 214–219.

Loureiro, N. (2009). A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência. Universidade Fernando Pessoa.

Martins, C. S. G., Corte, A. E. M., & Marques, E. M. B. G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 177–184. Retrieved from [http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_177.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_177.pdf)

Martins, M. de F. B. P. (2017). Cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa.

Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131–148.

- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: Análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*, 15(1), 1–10.
- Mesquita, C. C., Ribeiro, J. C., & Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18(5), 461–466. <http://doi.org/10.1007/s10389-010-0331-0>
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00106.x>
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 26(4), 267–275.
- Montoya, C. G. de B. (2017). Sobrecarga em cuidadores de idosos: proposição de tecnologia educacional. Universidade Federal Fluminense.
- Moreira, I. (2006). O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família (2a). FORMASAU, formação e Saúde Lda.
- Murteira, B. J. F. (1996). Probabilidades e Estatística II. Mc Graw-Hill.
- Neves, S. (2016). A sobrecarga do cuidador informal do doente de alzheimer. Instituto Superior Miguel Torga.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem Dos Enfermeiros, 1–10. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Pereira, H. (2011). Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Universidade de Lisboa.
- Pimentel, F. L. (2006). Qualidade de Vida e Oncologia, Francisco Luís Pimentel. Retrieved from [http://www.almedina.net/catalog/product\\_info.php?products\\_id=4786](http://www.almedina.net/catalog/product_info.php?products_id=4786)

Relvas, P. (2006). *O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento, 2006.

Rodrigues, D. C. C. P. C. (2012). *Sobrecarga e Estratégias de Coping em Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Instituto Politécnico de Viseu.

Sampaio, A. M. O., Rodrigues, F. N., Pereira, V. G., Rodrigues, S. M., & Dias, C. A. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia*, 11(2), 590–613. <http://doi.org/10.12957/epp.2011.8396>

Santos, A. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Universidade do Porto.

Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, L.da.

Santos, D. B. A., Lattaro, R. C. C., & Almeida, D. A. de. (2011). Cuidados Paliativos De Enfermagem Ao Paciente Oncológico Terminal: Revisão Da Literatura. *Revista de Iniciação Científica de Libertas*, 1(1), 72–84.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3–4), 491–500. <http://doi.org/10.1111/jocn.12108>

Soares, G. M. da C. (2017). *A sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com demência: projeto de apoio ao cuidador*. Instituto Universitário de Lisboa.

Spar, J. E., & La Rue, A. (2006). *Clinical manual of geriatric psychiatry*. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc5&NEWS=N&AN=2006-06357-000>

Torres, A. (2008). Women, Gender, and Work: The Portuguese Case in the Context of the European Union. *International Journal of Sociology*, 38(4), 36–56. <http://doi.org/10.2753/IJS0020-7659380402>

Varela, A. (1993). *Direito da família (3a)*. LISBOA: Livraria Petrony.

Vicente, M. C. (2003). Cuidadoras Informales y Enfermeras. Su relacion dentro del hospital. *Revista Rol de Enfermeria*, 26(3), 190–198. Retrieved from [http://www.e-rol.es/anterior/03\\_03.htm#atlas](http://www.e-rol.es/anterior/03_03.htm#atlas)

Weitzner, M. A., Haley, W. E., & Chen, H. (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. [http://doi.org/10.1016/S0889-8588\(05\)70288-4](http://doi.org/10.1016/S0889-8588(05)70288-4)

## **ANEXOS**

**ANEXO A: Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal**

## Questionário

### 1ª Parte

**1– Idade \_\_\_\_\_ anos**

**2– Género**

1.  Masculino
2.  Feminino

**3– Qual o seu estado civil?** (escolha apenas uma opção)

1.  Solteiro
2.  Casado
3.  União de facto
4.  Separado/divorciado
5.  Viúvo

**4– Quais são as suas habilitações literárias?** (escolha apenas uma opção)

1.  Não saber nem escrever
2.  Sabe ler e escrever
3.  Ensino primário
4.  Ensino secundário
5.  Licenciatura
6.  Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**5– Qual a sua situação laboral actual?** (escolha apenas uma opção)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Activo(a)       | 3. <input type="checkbox"/> Doméstica / Nunca Trabalhou |
| 2. <input type="checkbox"/> Desempregado(a) | 4. <input type="checkbox"/> Pré-reforma / Reformada(o)  |
|   | 5. <input type="checkbox"/> Baixa clínica               |

## 2ª Parte

### **6– Tem problemas de saúde?**

1.  Não
2.  Sim

### **7– Há quanto tempo assume o papel de cuidador?**

\_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

### **8– Qual a relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?**

1.  Filho(a)
2.  Nora / Genro
3.  Cônjuge
4.  Outro Qual? \_\_\_\_\_

### **9– É a única pessoa da família responsável pela prestação dos cuidados?**

1.  Não
2.  Sim

### **10– Em média, quantas horas ocupa por dia na função de cuidador(a)?**

\_\_\_\_\_

### **11– Vive na mesma habitação que o seu familiar?**

1.  Não
2.  Sim

### **12– Tem a seu cargo outras pessoas dependentes?**

1.  Não
2.  Sim

Obrigado pela sua colaboração

Luís Miguel Pereira Rodrigues

**ANEXO B: Pedido e autorização para a aplicação do questionário de diagnóstico da incidência de lesões musculoesqueléticas-questionário Nórdico Músculo – Esquelético (QNM)**

Autorização do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético

Luis Miguel Rodrigues <luisrodrigues@misericordiamogadouro.com>

30 de julho de 2017 às 15:37

Para: ccm@estsp.ipp.pt

Exma Terapeuta Cristina Mesquita,

Sou aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

No âmbito do referido curso, proponho-me a realizar um estudo que tem por objectivo avaliar a influência de um programa de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar.

Como instrumento de avaliação, pretendia utilizar a versão portuguesa do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético.

Venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para a cedência do referido questionário, bem como, se possível, do artigo de validação.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro

Luis Rodrigues

Enfermeiro Coordenador – UCCI

CRISTINA MESQUITA <[cristtmesquita2@gmail.com](mailto:cristtmesquita2@gmail.com)>

Boa tarde,

desejo-lhe as maiores felicidades para os eu trabalho!  
Junto envio a versão portuguesa do questionário nórdico e o respetivo paper.

Melhores cumprimentos,  
Cristina Mesquita

--

POLITÉCNICO DO PORTO. **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

---

Cristina Carvalho Mesquita (PhD)

Prof. Adjunta

Área Técnico Científica da Fisioterapia

**M** Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 400. 4200-072 PORTO. PORTUGAL

**T** [+351 222 061 000](tel:+351222061000) **F** [+351 222 061 001](tel:+351222061001)

---

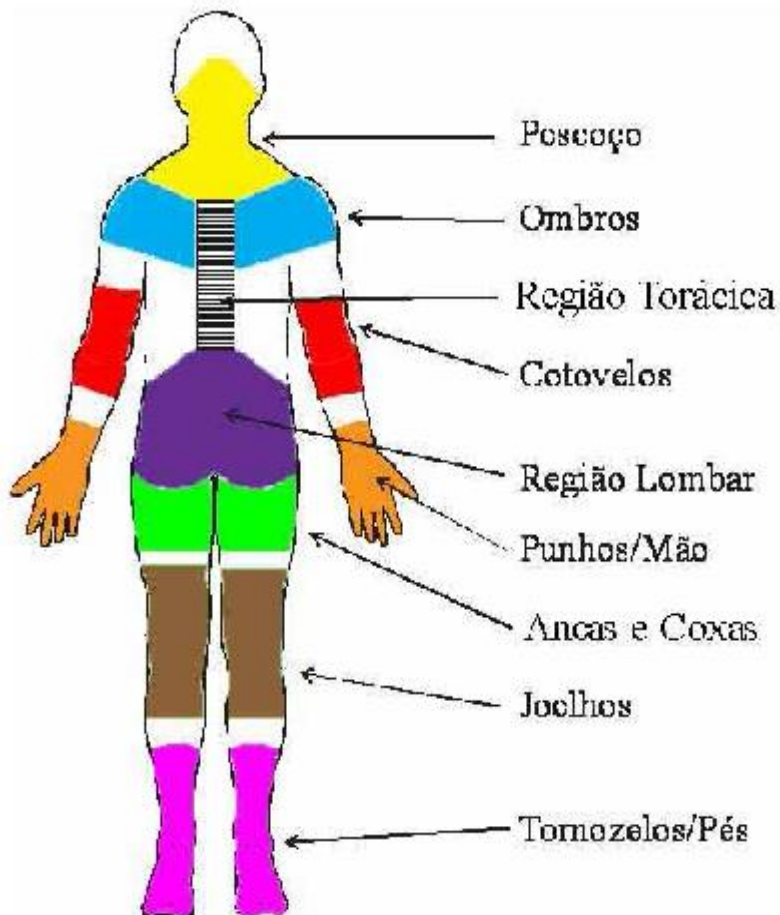
**2 Anexos**

**ANEXO C: Questionário de diagnóstico da incidência de lesões musculoesqueléticas-questionário Nórdico Músculo – Esquelético (QNM)**

## Questionário Nórdico Músculo-esquelético

### Instruções para o preenchimento

- Por favor, responda a cada questão assinalando um "X" na caixa apropriada:
- Marque apenas um "X" por cada questão.
- Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo se não tiver nenhum problema em qualquer parte do corpo.
- Para responder, considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura abaixo.



Versão portuguesa: Cristina Carvalho Mesquita  
Contacto para autorização de utilização: com@eisp.lpp.pt

## Questionário Nórdico Músculo-esquelético

Código:

Idade \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Data de hoje \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Posto de trabalho \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:	Responda, apenas, se tiver algum problema		Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:
	Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:		
1. Pescoço? Não Sim 1 2	2. Pescoço? Não Sim 1 2	3. Pescoço? Não Sim 1 2	4. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
5. Ombros? Não Sim 1 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	6. Ombros? Não Sim 1 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	7. Ombros? Não Sim 1 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	8. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
9. Cotovelo? Não Sim 1 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	10. Cotovelo? Não Sim 1 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	11. Cotovelo? Não Sim 1 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	12. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
13. Punho/Mãos? Não Sim 1 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	14. Punho/Mãos? Não Sim 1 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	15. Punho/Mãos? Não Sim 1 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	16. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
17. Região Torácica? Não Sim 1 2	18. Região Torácica? Não Sim 1 2	19. Região Torácica? Não Sim 1 2	20. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
21. Região Lombar? Não Sim 1 2	22. Região Lombar? Não Sim 1 2	23. Região Lombar? Não Sim 1 2	24. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
25. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	26. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	27. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	28. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
29. Joelhos? Não Sim 1 2	30. Joelhos? Não Sim 1 2	31. Joelhos? Não Sim 1 2	32. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima
33. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	34. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	35. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	36. Sem Dor <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Dor Máxima

**ANEXO D: Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)).**

### **Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal. (QASCI) \***

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideram importantes ou mais frequentes.

Por favor indique colocando uma cruz (X) no quadrado que está de acordo com a sua situação, referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

**Nas últimas 4 semanas:**

#### **Sobrecarga emocional**

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Entra em conflito consigo própria(o) por estar a tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

#### **Implicações na vida pessoal**

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico da sua parte?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------

Sente que a vida lhe pregou uma partida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação e estar preso?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### **Sobrecarga financeira**

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### **Reações a exigências**

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

com o comportamento do seu familiar?					
Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente que o seu familiar a (o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### Mecanismo de eficácia e de controlo

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se com capacidade para tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Considera que tem conhecimentos e experiência para tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### Suporte familiar

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar

	<b>Não / Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa, com mais valor?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

\*Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)

## **ANEXO E: Pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados**

*Autorizado*  
*[Assinatura]*  
*3/11/2017*

Ex.mo Senhor  
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de  
Mogadouro  
Rua 5 de Outubro S/N  
5200 – 218 MOGADOURO

0002/127-10-17

Pedido de colaboração para estudo

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, solicita a V.ª Ex.ª autorização para que o aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, aplique um questionário nessa Instituição, que servirá de base a um trabalho no âmbito do Trabalho de Investigação subordinado ao tema: “Influência de um programa de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal – minimização da sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar”.

Enviamos para o efeito o projeto de estudo bem como cópia do questionário a aplicar.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógico. Esta investigação assume os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos contemplados na Declaração de Helsínquia.

Com os melhores cumprimentos.

*[Assinatura]* A Diretora

*[Assinatura]*  
Professora Doutora Adília Fernandes

## **ANEXO F: Declaração de Consentimento Informado**

## Declaração de Consentimento Informado

**Título de estudo:** Influência de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar.

**Responsável do Estudo** – Luís Miguel Pereira Rodrigues

Declaro que aceito fazer parte do trabalho de investigação, em que colaboro respondendo a um questionário, e aceitando intervenções de um programa de enfermagem de reabilitação, de minha livre vontade e depois de ter sido informado (a) de que:

- a intenção deste estudo é que outros técnicos de saúde, compreendam melhor a problemática da prestação de cuidados em contexto domiciliário pelo cuidador informal;
- me é assegurado o anonimato, embora os dados por mim fornecidos venham a fazer parte de um trabalho académico, que será posteriormente divulgado;
- alguns dados clínicos mais específicos serão recolhidos do meu processo clínico pelo investigador, mantendo-me sempre em total anonimato;
- todos os dados serão tratados de forma confidencial e serão disponibilizados aos participantes do estudo desde que os solicitem;
- tenho o direito de cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicito-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo \_\_\_\_\_

2. Não aceito participar no estudo \_\_\_\_\_

Assinatura (participante): \_\_\_\_\_

Assinatura (investigador): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_