



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Impacto do Cuidar nos Cuidadores Informais

Cláudia Alexandra Borges de Oliveira

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:

Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Bragança, Agosto de 2025



Impacto do Cuidar nos Cuidadores Informais

Cláudia Alexandra Borges de Oliveira

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:

Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Bragança, Agosto de 2025

Oliveira, CAB. Impacto do cuidar nos cuidadores informais. Tese de Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de saúde. Instituto Politécnico de Bragança, 2025

Agradecimentos

O alcance deste objetivo não seria possível sem a colaboração, ajuda, carinho e dedicação por parte de várias pessoas ao longo deste percurso. Por essa razão, aproveito este momento para agradecer a todos que contribuíram para que conseguisse chegar até aqui.

Em primeiro lugar, uma palavra de agradecimento e apreço à minha orientadora, Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes, pela orientação, experiência, sabedoria e disponibilidade manifestadas. Sem a sua colaboração, paciência, confiança, e persistência, nunca me teria sido possível concluir esta dissertação.

Associação Fraterna de Prevenção e Ajuda, na pessoa da Dra. Conceição Graça e da Dra. Lilia Moura, pela disponibilidade e ajuda manifestadas e pela ponte com os cuidadores.

A Ana Bartolo, porque felizmente a vida surpreende-me e me fez cruzar com pessoas excepcionais e ela sem dúvida é uma delas. Grata por toda a disponibilidade e auxílio.

Aos meus pais e aos meus sogros, por todo o apoio que sempre me deram, para que eu conseguisse terminar este trabalho.

Por fim, um agradecimento ao meu filho Vicente, a quem dedico em especial este trabalho, “porque nada é impossível, desde que se tenha motivação”, que embora seja pequeno, tem um grande coração, sabendo apoiar e compreender as minhas dificuldades e ausências. Ao meu marido Bruno cujo apoio incondicional foi essencial.

A todos um muito obrigada!

RESUMO

Enquadramento: As profundas transformações demográficas ocorridas em Portugal, caracterizadas pela maior longevidade da população e o progressivo agravamento das doenças crónicas tem resultado num aumento significativo do número de pessoas em situação de dependência, exigindo cuidados prestados em contexto domiciliário. Neste âmbito, os cuidadores informais assumem um papel fulcral na continuidade desses cuidados; contudo, a natureza prolongada e exigente desta função pode repercutir-se negativamente na sua saúde física e no seu bem-estar psicológico.

Objetivo: Avaliar o nível de sobrecarga e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal.

Métodos: Estudo exploratório, transversal de abordagem quantitativa, numa amostra de cuidadores informais principais de pessoas com dependência, com avaliação das características sociodemográficas dos cuidadores, as características do cuidar, a prevalência de lesões músculo-esqueléticas com o Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-Esqueléticos (QNM), da sobrecarga com o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador (QASCI) e da perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde com o SF-36.

Resultados: Integraram o estudo 25 cuidadores, com idades entre os 28 e 96 anos, predominantemente do sexo feminino, casados ou em coabitação. A maioria estava em situação de reforma ou pré-reforma, apresentando baixos níveis de escolaridade e 60% relatavam problemas de saúde física, com maior prevalência na região lombar, pescoço e joelhos. Os cuidadores dedicavam, em média, 16,5 horas diárias aos cuidados, com uma duração média de cuidados de 6,66 anos. Priorizaram atividades de apoio prático, como auxílio na higiene, suporte financeiro e formação, enquanto atividades sociais e de lazer eram menos valorizadas. A análise revelou comprometimento na funcionalidade e na saúde geral, associado a uma maior sobrecarga emocional e financeira, especialmente com o envelhecimento. Ser o único cuidador foi associado a piores indicadores de saúde e maior prevalência de dor. As correlações identificadas indicaram que maior sobrecarga e dor estavam relacionadas a uma pior saúde geral e menor vitalidade.

Conclusão: Os resultados destacam a importância de apoios estruturais para o bem-estar dos cuidadores. É adequado o desenvolvimento de intervenções que os capacitem de conhecimentos e visem o treino de habilidades para o desempenho do seu novo papel, pois assegurar a integridade física e emocional do cuidador informal, garante não só o seu bem-estar e como também a qualidade dos cuidados prestados. Assim, a criação de planos de intervenção pelos EEER, deve privilegiar intervenções dirigidas aos cuidadores para a aprendizagem das competências essenciais para assegurar os cuidados ao doente dependente no seu domicílio e em contexto familiar.

Palavras-chave: Cuidador informal, Sobrecarga, Qualidade de vida, Pessoas acamadas

ABSTRACT

Background: The profound demographic changes in Portugal, marked by increased life expectancy and the progressive rise of chronic diseases, have led to a substantial increase in the number of people in a state of dependency, requiring care within the home environment. In this context, informal caregivers play a crucial role in ensuring the continuity of care; however, the extended and demanding nature of this responsibility can have a negative impact on their physical health and psychological well-being.

Aim: To assess the level of caregiver burden and the prevalence of musculoskeletal injuries in informal caregivers.

Methods: An exploratory, cross-sectional quantitative study conducted with a sample of primary informal caregivers of dependent individuals. The study evaluated the sociodemographic characteristics of the caregivers, the characteristics of caregiving, the prevalence of musculoskeletal injuries using the Nordic musculoskeletal questionnaire (NMQ), caregiver burden using the Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire (QASCI), and the perception of health-related quality of life using the SF-36.

Results: The study included 25 caregivers, aged between 28 and 96 years, predominantly female, married or cohabiting. Most were retired or pre-retirement, had low levels of education, and 60% reported physical health problems, with the highest prevalence in the lumbar region, neck, and knees. Caregivers spent an average of 16.5 hours per day providing care, with an average caregiving duration of 6.66 years. They prioritized practical support activities, such as assistance with hygiene, financial support, and training, while social and leisure activities were less valued. The analysis revealed a decline in functionality and general health, associated with greater emotional and financial burden, particularly with aging. Being the sole caregiver was linked to worse health indicators and a higher prevalence of pain. The identified correlations indicated that greater burden and pain were related to worse general health and lower vitality.

Conclusion: The results highlight the importance of structural support for caregivers' well-being. The development of interventions aimed at providing caregivers with knowledge and training essential skills for their new role is crucial, as ensuring the physical and emotional integrity of the informal caregiver guarantees not only their well-being but also the quality of care provided. Therefore, the creation of intervention plans by EEER should prioritize initiatives aimed at caregivers, focusing on the acquisition of the essential competencies needed to provide care to the dependent patient in a home and family context.

Keywords: Informal caregiver; Caregiver overload; Caregiver burden, Quality of life, bedridden

SIGLAS

AFPA – Associação Fraternal de Prevenção e Ajuda

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador Informal

CIIs – Cuidadores Informais

EEER - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

LME – Lesões musculoesqueléticas

QNM – Questionário Nórdico Músculo-esquelético

QASCI – Questionário de Sobrecarga do Cuidador Informal

INE- Instituto Nacional Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Índice

INTRODUÇÃO	10
PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2. CUIDADOR INFORMAL	15
3. Cuidar no domicílio	17
3.1. O papel do cuidador informal	19
3.2. Impacto do cuidar	19
4. SOBRECARGA DO CI.....	22
5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA SOBRECARGA DO CI.....	24
PARTE DOIS – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	27
6. METODOLOGIA.....	28
6.1. Tipo de estudo e objetivos	28
6.2. População e amostra e Processo de amostragem	29
6.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo	29
6.4. Procedimentos formais e critérios de minimização de erros	33
6.5. Procedimentos éticos	33
6.6. Procedimentos estatísticos	34
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
7.1. Características sociodemográficas dos cuidadores informais.....	35
7.2. Características da prestação de cuidados	36
7.3. Importância atribuída pelo CI a atividades de autocuidado.....	37
7.4. Análise descritiva de indicadores de saúde.....	38
7.5. Relação entre variáveis sociodemográficas e relacionadas com a prestação de cuidados com indicadores de saúde	40
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
9. CONCLUSÃO	53
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	56
ANEXOS.....	64
ANEXO A: Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal e da prestação de cuidados.....	65

ANEXO B: Pedido e autorização para a aplicação do questionário de diagnóstico da prevalência de lesões musculoesqueléticas-questionário Nórdico Músculo-Esquelético (QNM).....	67
ANEXO C: Questionário de diagnóstico da prevalência de lesões musculoesqueléticas: Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (QNM)	69
ANEXO D: Pedido e Autorização para aplicação da Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)).....	72
ANEXO E: Escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal (QASCI)).....	74
ANEXO F: Escala SF-36 v2	76
ANEXO G: Pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados	81
ANEXO H: Declaração de Consentimento Informado	84
ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética.....	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – QASCI dimensões e Subescalas.....	30
Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra de cuidadores (n=25).	36
Tabela 3. Características da prestação de cuidados (n=25).....	37
Tabela 4. Percepção sobre a importância atribuída pelos cuidadores às atividades de autocuidado: frequências, medianas (Mdn) e intervalo interquartil (IQR).	38
Tabela 5. Principais queixas reportadas ao nível da saúde músculo-esquelética, considerando diferentes regiões.	39
Tabela 6. Análises descritivas do estado de saúde e sobrecarga do cuidador.	40
Tabela 7. Intercorrelações entre as variáveis em estudo.	41
Tabela 8. Análises descritivas do estado de saúde e sobrecarga do cuidador.....	43

INTRODUÇÃO

Tal como outros países europeus, nas últimas décadas Portugal tem sofrido profundas transformações demográficas caracterizadas, por exemplo, pelo aumento da população idosa, e pelo maior número de idosos longevos, e pela redução da natalidade e da população jovem (Direção Geral de Saúde, 2017; Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020). Segundo os Censos de 2021, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 23,4% da população residente em Portugal (FFMS, 2021). De acordo com a mesma base estatística, a esperança de vida atingiu os 78,1 anos para homens e 83,5 anos para as mulheres. Dados mais recente, indicam que a esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,75 anos, o que corresponde a um aumento de 0,14 anos (1,68 meses) em relação ao triénio anterior (19,61 anos em 2020-2022) (INE, 2023).

Quanto ao índice de envelhecimento em Portugal, este passou de 27,5% em 1961 para 183,5% em 2022 (FFMS, 2023). Estes dados demonstram, o forte impacto que esta realidade exerce sobre a sociedade, o que “exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte” (Direção Geral de Saúde, 2017). Na área da saúde, o crescente envelhecimento da população implica, segundo alguns autores e organizações, novos desafios para a organização dos serviços de saúde e para as respostas desenvolvidas por estes (Campos & Simões, 2011; Direção Geral da Saúde, 2021).

O envelhecimento da população revela uma melhoria nos níveis de mortalidade e uma menor letalidade das doenças (Martins et al., 2014), resultado dos progressos na área clínica e de um contexto social mais favorável, das conquistas económicas e sanitárias. Paralelamente, também teremos o aumento da probabilidade da prevalência e prevalência de problemas crónicos e de situações de incapacidade (Maillox-Poirier & Berger, 1995). Aumentou também a necessidade de cuidados de longa duração, tanto no domicílio como em instalações de cuidados (OCDE, 2021)

Os cuidados de longa duração põem destaque na capacidade atual e no potencial futuro do indivíduo, tenso em consideração alguns princípios essenciais, como a continuidade, a abordagem global e a participação dos indivíduos e/ou da família no desenrolar deste processo (Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020; Lopes, 2021).

É desta forma que o papel dos cuidadores informais demonstra ser de extrema relevância na tarefa de prestação de cuidados. Cuidar a pessoa dependente no domicílio é um desafio para o cuidador informal, devido ao seu caráter contínuo, à exigência da tarefa, mas também à falta de formação específica. Por estas razões, o cuidar conduz a sobrecarga física, emocional, psicológica e social para o cuidador informal.

Para cuidar do cuidador, é necessário conhecer as suas necessidades, face aos níveis de sobrecarga sentidos e à prevalência de lesões músculo-esqueléticas, consequência do cuidar. É neste sentido que é realizado este estudo, pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema de forma a que as intervenções do enfermeiro de reabilitação,

pelo desenvolvimento de programas de intervenção dirigidos à dotação de conhecimentos técnicos sobre cuidar, de exercício físico e relaxamento para o Cuidador Informal, possam contribuir para a diminuição dos seus níveis de sobrecarga e a prevenção de lesões músculo-esqueléticas, produzindo assim a melhoria da sua qualidade de vida.

Realizou-se um estudo no qual se pretende avaliar o potencial risco físico, emocional e psicológico, de exercer o papel de cuidador informal, associado ao cuidar de utentes dependentes. Assim, como ponto de partida, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto do cuidar nos cuidadores informais?” e definido o seguinte objetivo geral: Avaliar o nível de sobrecarga e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal (CI).

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte está intitulada de enquadramento teórico e fornece o suporte científico do estudo. Este primeiro capítulo contempla uma abordagem da importância contínua do papel do cuidador informal e da enfermagem de reabilitação na vida dos doentes dependentes e das suas famílias, enfatizando impacto do cuidar. A segunda parte confere à fase metodológica do trabalho, incluindo três capítulos.

O primeiro capítulo descreve o percurso metodológico da investigação desenvolvido, mais precisamente: o tipo de estudo a realizar, os métodos e procedimentos a utilizar, com o propósito de dar resposta aos objetivos propostos nesta investigação.

No segundo capítulo, apresenta os resultados do estudo e o terceiro capítulo expõe a discussão dos mesmos e as limitações do estudo.

Por último, é referido as conclusões decorrentes deste estudo e as implicações desta pesquisa científica para a prática e a investigação em enfermagem de reabilitação.

PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

De forma a permitir um melhor entendimento do tema em estudo, elaborou-se um enquadramento teórico que elucidasse a importância do exercício profissional dos enfermeiros, em especial pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e o papel do cuidador informal enquanto principais promotores nos cuidados de saúde à pessoa que está numa situação de dependência.

No primeiro capítulo apresenta-se a evidência científica encontradas através de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura realizada nas bases de dados eletrónicas PubMed, SCOPUS e RCAAP (utilizando os termos de pesquisa Cuidador informal, Sobrecarga, Qualidade de vida, Acamado, Enfermeiro de reabilitação, Informal caregiver; Caregiver overload; Caregiver burden, Quality of life, bedridden, Rehabilitation nursing), livros e revistas indexadas e não indexadas, com pertinência para o tema em estudo.

Numa perspetiva reflexiva, o enquadramento teórico é iniciado abordando os conceitos de enfermagem, enfermeiro e enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação.

Neste contexto, recorrendo ao Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 4º, capítulo II do Decreto-Lei nº 161/ 96 de 4 de Setembro (1996), que estabelece:

“A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e ao grupo social em que ele está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99). As estratégias dos enfermeiros devem, assim, estar centradas na pessoa e não na doença e em vez de *“cuidar de”*, devem pretender dotar o doente e a sua família de capacidades, de conhecimentos e práticas que lhes possibilitem, ao longo do tempo, conseguirem cuidar deles próprios.

Assim, o enfermeiro identifica problemas e, através da formulação de diagnósticos de enfermagem, para elaborar e colocar em prática planos para prestação de cuidados de enfermagem, através de intervenções autónomas ou interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 100).

A Ordem dos enfermeiros, através do regulamento de competências específicas do EEER, assegurou um enquadramento regulador para a certificação de competências que integra no seu perfil de competências clínicas especializadas o conjunto das competências específicas e comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Segundo o Regulamento n.º 392/2019, publicado em Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, o EEER, *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à*

promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”.

No âmbito da sua intervenção, o enfermeiro especialista tem como foco a promoção do diagnóstico precoce e a implementação de medidas preventivas no domínio da enfermagem de reabilitação. O seu objetivo é preservar as capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar o surgimento de incapacidades. Além disso, atua através de intervenções terapêuticas que visam otimizar as funções residuais, promover ou recuperar a autonomia nas atividades da vida diária e atenuar os efeitos das incapacidades instaladas, seja por doença ou acidente, em áreas como as funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica, entre outras. Para tal, recorre a técnicas específicas de reabilitação e assume um papel ativo na educação dos clientes e seus cuidadores, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reinserção social e familiar, assegurando assim o respeito pela dignidade e qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Considerando as premissas referidas anteriormente, e na perspetiva da importância da enfermagem de reabilitação na vida dos doentes e das suas famílias, é realizada a revisão de literatura do tema em estudo.

2. CUIDADOR INFORMAL

Na Europa, 80% de todos os cuidados são prestados por cuidadores informais, que segundo a European Association Working for Carers são pessoas que “*prestam cuidados não remunerados a alguém com uma doença crónica, deficiência ou outra necessidade de saúde ou de cuidados de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal*”. Apesar de constituir um grande recurso para a nossa sociedade, o contributo destes cuidadores, pelo seu papel nem sempre é valorizado. Oferecendo uma diversidade de serviços de apoio, desde cuidados pessoais, atividades domésticas, transporte, cuidados e gestão financeira, mas também apoio emocional, os cuidadores informais são frequentemente a opção mais ampla e ambicionada para as pessoas que necessitam de cuidados (Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), estima-se que mais de um milhão de pessoas em Portugal prestam cuidados informais a indivíduos com problemas de saúde ou idosos. Da mesma fonte, os dados nacionais de 2019, mostram que 42,6% dos/as cuidadores/as prestam assistência dez ou mais horas semanais e 65,4% são mulheres. (Instituto Nacional de Estatística, 2019).

Segundo um relatório divulgado em 2015 pela Entidade Reguladora de Saúde, o nosso país tinha a taxa mais elevada de cuidados informais domiciliários de toda a Europa e simultaneamente, apresentava uma das taxas mais baixas de cobertura de cuidados formais (Entidade Reguladora da Saúde, 2015, p. 117).

Num inquérito, de 2021, onde participaram 1.800 pessoas, cerca de metade (52%) confirmou conhecer alguém que era cuidador informal e 14% eram eles mesmos o cuidador. O Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), revelou ainda que os cuidadores eram, em 44,5% um familiar, 26,5% amigos ou 23% conhecidos. Também, quase um terço dos inquiridos (28,5%) seria no momento cuidador informal ou já tinha sido e 78,5% descreveu a função como dar apoio ao doente a tempo inteiro. Outros dados recolhidos, mostram que são, sobretudo, mulheres (64%) com idade entre os 25 e os 54 anos (69,5%) que se tornam cuidadores informais a tempo inteiro (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021). Sobre Portugal, a European Association Working for Carers, mostra alguns dados oficiais, em que 1.274.280 são cuidadores, constituindo cerca de 12,30% da população, no entanto, dados não oficiais mostram que existirão 2.623.150 cuidadores em Portugal (subindo o número de cuidadores para cerca de 25,50%) (Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020).

Em Portugal, apesar da proporção significativa de cuidadores, só em 2019 foi legitimada a importância do papel do cuidador informal com a publicação da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Esta lei tem como objetivo apoiar indivíduos que prestam cuidados informais a pessoas em situação de dependência, regulamentando os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como estabelecendo medidas de apoio correspondentes (Estatuto Do Cuidador Informal, 2019).

Este estatuto define cuidador informal e divide-o, em cuidador informal principal e cuidador informal não principal. O cuidador informal principal é definido como “*o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.*” (Estatuto Do Cuidador Informal, 2019, p. 9). Em conformidade com o mesmo estatuto, só o cuidador informal principal tem direito ao subsídio de apoio à condição de cuidador. Define, ainda, que o estatuto do cuidador informal, não é concedido aos cuidadores informais que não têm ligação familiar à pessoa cuidada.

Passados cinco anos da aprovação desta lei, segundo dados do Instituto da Segurança Social (2024), em julho havia 14.941 cuidadores informais, entre 9.201 cuidadores principais e 5.732 cuidadores não principais, sobretudo mulheres com idade média próxima dos 60 anos. O número total revela um crescimento de 1,6% em relação ao mês de junho, e de 21% comparativamente com o período homólogo (Agência Lusa, 2024).

Apesar de haver ainda um longo caminho a percorrer, a criação deste estatuto destaca-se pela importância dada, no apoio e reconhecimento do papel indispensável na nossa sociedade, ao desempenhado pelas famílias e cuidadores informais, bem como as consequências que daí resultam, nem sempre reconhecidas (Figueiredo, 2007). Entre as medidas destinadas aos cuidadores incluem-se o subsídio de apoio, o direito ao descanso, disposições específicas relativas à carreira contributiva, aconselhamento e acompanhamento nas áreas social e da saúde, bem como capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados específicos à pessoa cuidada. Adicionalmente, destaca-se a identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, conforme as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada (Estatuto Do Cuidador Informal, 2019).

3. Cuidar no domicílio

Em relação ao conceito de cuidar, com base na pesquisa realizada sobre o tema, destacam-se duas definições. De acordo com Leitão & Almeida (2000, p. 81), cuidar é definido como *“um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que se lhe constitui obstáculo, e assegurar a continuidade da vida”*. Para Collière (1999, p. 235), o ato de cuidar acontece como *“um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato 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”*.

A prestação de cuidados à pessoa dependente pode acontecer em dois contextos diferentes, no âmbito do cuidado formal e do cuidado informal. No cuidado informal, prestado essencialmente pela família, surgindo o conceito de cuidador informal e familiar cuidador, enquanto em circunstâncias formais, o cuidar é prestado pelas instituições e serviços de saúde, nas quais se incluem os profissionais de enfermagem.

Vários autores partilham a mesma opinião, afirmando que no contexto domiciliar, a satisfação dos cuidados, de forma parcial ou total, fica a cargo de um familiar cuidador (Figueiredo, 2007; Figueiredo & Sousa, 2008). Ainda hoje muitas famílias, fazem a escolha de manter os seus familiares em situação de dependência no domicílio. Todavia as alterações sociais e demográficas tornam-se condicionantes, restringindo a capacidade da ajuda das famílias aos seus familiares com dependência. Estes cuidados são frequentemente prestados no seio do domicílio familiar, estando a cargo de familiares próximos, habitualmente o cônjuge e filhos (Figueiredo, 2007; Figueiredo et al., 2012; Sequeira, 2010b). São usualmente executados sem formação prévia, não são remunerados, e muitas vezes motivados, apenas, pelas ligações de parentesco e/ou afetivas, como referidas várias vezes na literatura (Figueiredo et al., 2012; Mendes et al., 2019).

A importância do papel de cuidador informal, tem sido alvo de atenção, tornando-se tema de debate e reflexão em estudos e pelos governos, para a definição de estratégias de intervenção e de apoio a este grupo único da população, cujo trabalho é imprescindível à sociedade.

Os cuidadores são parte indispensável e inseparável na prestação, na organização e sem dúvida, na sustentabilidade dos sistemas de saúde e de assistência social. Tornar-se-ão ainda mais importantes, tendo em conta a evolução das necessidades na área da saúde e dos cuidados, provocada pelo envelhecimento demográfico e pela crescente prevalência das morbilidades e condições crónicas (Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020).

Nesta perspetiva, vários autores descrevem que o meio familiar e a comunidade onde o doente está inserido, constitui para ele o melhor contexto para o seu processo de reabilitação. Além disso, este contexto contribui para a promoção do bem-estar dos

cuidadores e para a prevenção de situações agudas ou de crise, em que os cuidadores deverão ter atenção adequada por parte dos profissionais de saúde, porque deles dependerá a permanência dos familiares dependentes a seu cargo, na comunidade (Martins et al., 2003). Mas torna-se, sem dúvida, necessário a criação de redes de apoio que permitam que as estas famílias tenham recursos, seja materiais e/ou humanos, durante períodos alargados, regulares e de forma a responder realmente às suas necessidades durante este processo do cuidar (Cardoso, 2011).

Relativamente ao conceito de dependência, para Lezaun & Salanova (2001), este engloba três ideias principais: a multidimensionalidade, a multicausalidade e a multifuncionalidade. É um conceito complexo que realça, pela multidimensionalidade, que a dependência reúne vários domínios (mental, físico, económico, social), lembra pela noção de multicausalidade, que a dependência pode não ser consequência apenas do envelhecimento (pois nem todos os idosos terão dependência e existem pessoas com dependência que não são idosos) e que pode ter várias funções, sobretudo a de adaptação a nível funcional. Estas noções evidenciam que o conceito de dependência, não consiste em sinónimo de velhice ou de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

Considerando o Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de junho, que promove a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o conceito de dependência é apresentado como *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2006). Posteriormente em 2012, o mesmo conceito é definido pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, como *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença incurável e ou grave em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* (Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, 2012, p. 5119).

Assim, considerando as definições anteriores, é evidente que o conceito de dependência e a necessidade de cuidados inerente, constituem duas realidades que estão integralmente relacionadas, não podendo deixar de lembrar que, apesar da dependência poder ocorrer em qualquer idade, o aumento da sua prevalência ocorre com o aumento da idade e pelo desenvolvimento de doenças crónicas e incapacitantes, que poderão levar a diferentes tipos e níveis de dependência.

3.1. O papel do cuidador informal

Agora refletindo sobre o papel desempenhado pelo cuidador informal ou familiar cuidador, Leitão & Almeida, p. (2000, p. 80) definem cuidador como aquele que “*assume a responsabilidade do cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de saúde*”. A literatura indica que o cuidador informal é, geralmente, um familiar ou pessoa próxima do paciente, assumindo, na maioria das situações, a responsabilidade integral pelos cuidados prestados. Este papel é desempenhado de forma sistemática e, por vezes, solitária, sem o apoio direto de outros membros da família (Sequeira, 2010b). O cuidador informal é, desta forma, a pessoa próxima, que pode ser familiar ou amiga e se que se assume como a principal responsável pela supervisão e orientação, a ajuda, apoio ou substituição das necessidades da pessoa com dependência.

Estes cuidadores são pessoas que não planejaram o seu novo papel e que assumem o cuidar do familiar com dependência de forma inesperada, habitualmente, porque sentem ser uma responsabilidade moral e/ou social. Não é comum que os familiares cuidadores assumam o papel de cuidador por vocação. Na maior parte das situações é um acontecimento perturbador da sua vida, nos seus planos futuros e objetivos (Fortmann et al., 2017).

No estudo desenvolvido por Pereira & Silva (2012), é revelado que o início do papel de cuidador é uma vivência impactante, marcada pela consecutiva confrontação com dificuldades, associadas a tarefas físicas e do autocuidado. Para alguns cuidadores, este papel iniciou-se de forma gradual, entanto que para outros surgiu de forma repentina. No entanto, tratou-se sempre de um fenómeno imprevisto e ocorreu por incapacidade da pessoa para o autocuidado. A função de cuidador muitas vezes é definida pelo núcleo familiar, a partir das características e experiências pessoais dos membros da família e do contexto em que estão inseridos (Sequeira, 2010b). Em geral, essa função é atribuída à pessoa considerada mais apta ou disponível. Em outros casos, o papel é assumido por falta de alternativas, obrigação ou dever familiar. Essa situação pode resultar em níveis elevados de stress, especialmente quando a escolha da função ocorre por imposição (Baptista et al., 2012).

3.2. Impacto do cuidar

Com já foi referido anteriormente, assumir o papel como cuidador não é, na maior parte das situações, por vocação, sendo que os familiares cuidadores arcam com tarefas e responsabilidades que não escolheram e que não fazia parte das suas intenções ou projetos de vida. Estas circunstâncias conduzem a uma reorganização dos papéis familiares, pois será necessário redefinir os responsáveis pelas principais atividades diárias do seio familiar, à redistribuição de tarefas, o que conduz, por vezes, à renúncia de alguns aspetos considerados básicos para o bem-estar do cuidador (Baptista et al., 2012; Pereira & Silva,

2012; Sequeira, 2010). Segundo a literatura, esta conjunção de fatores, pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados, assim como a qualidade de vida do doente e do cuidador (Leitão & Almeida, 2000). Da mesma forma, poderá aumentar os riscos de sobrecarga emocional, física, social e financeira, pelo facto de ter a cargo uma pessoa dependente, com necessidade de cuidados específicos e com intensa alteração de tarefas e responsabilidades (Mendes et al., 2019).

Estas são situações de crise para o cuidador informal, e delas incorrem manifestações como: fadiga, *stress*, tensão, depressão, redução de convívio, frustração e diminuição da autoestima (Martins et al., 2003). Sequeira (2013) aponta que o ato de cuidar pode acarretar diversos efeitos negativos, tais como peso, sobrecarga, estresse resultante de sintomas como tensão, frustração, isolamento, depressão, ansiedade, além de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais, financeiros, fadiga, raiva, conflitos familiares, culpa e alterações emocionais.

O cuidador de uma pessoa com dependência no seu autocuidado, é uma pessoa em constante vulnerabilidade. Cuidar de alguém com dependência é uma vivência de longa duração, um trabalho contínuo, realizado diariamente e de forma permanente, com constantes dificuldades em dar resposta adequada às muitas e complexas atividades do cuidar, pelas quais é responsável. É estar simultaneamente a vivenciar um processo de transição na sua vida, pela modificação de papéis e pela necessidade de adquirir novas competências, o que gera interferência na vida pessoal, social e profissional (Sequeira, 2010; Wang et al., 2015), e que implica um grande desgaste, com consequências na saúde física e emocional do membro cuidador (Figueiredo et al., 2012; Petronilho, 2007). Essas consequências associadas ao ato de cuidar tendem a intensificar-se quando o cuidador não dispõe de um conjunto de conhecimentos, competências e apoio adequados para desempenhar as tarefas relacionadas ao cuidado, de modo que se sinta apto e motivado a lidar com os desafios de saúde (Petronilho, 2007).

Sequeira (2013), considera como fatores que interferem no desempenho deste papel:

- o tipo e 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);
- o contexto em que a pessoa dependente está inserida, dizendo respeito às condições habitacionais (segurança, conforto, obstáculos arquitetónicos),
- o tipo de ajudas (informal e institucional),
- os meios económicos disponíveis;
- e o contexto relativo ao cuidador (o seu estado de saúde física, a disponibilidade, a sensibilidade, a condição psicológica, emocional e afetiva).

Ou seja, a capacidade de cuidar, o suporte pela rede social, o bem-estar sentido, a situação económica, a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, a adaptação à mudança de papéis, constituem fatores geradores de sobrecarga no cuidador, e por si, serão mais ou menos impactantes, de acordo com o conhecimento e as capacidades demonstradas pelo cuidador, mas também, o suporte social e económico disponível (Petronilho, 2007).

Segundo Moreira et al. (2018), os cuidadores informais sofrem frequentemente de distúrbios musculoesqueléticos e de dor. Estes autores referem que idealmente, os CIs deveriam ser acompanhados e orientados pelos serviços de saúde no que respeita à ergonomia, biomecânica ou cinesioterapia, embora na prática, recebam geralmente pouca informação sobre o tema.

Na literatura, alguns estudos revelam informações relativamente às exigências físicas associadas ao desempenho das funções dos cuidadores e à sua possível relação com o aparecimento de lesões musculoesqueléticas. No seu estudo transversal, Khamaj et al. (2022) confirmam a sua elevada prevalência, revelando que 67,3% dos cuidadores reportaram queixas musculoesqueléticas, sendo a região lombar a que apresentou maior prevalência (46%), seguida dos joelhos (15,4%) e dos ombros (11,5%). Quanto aos fatores de risco associados, os mais relevantes foram a manipulação manual de cargas, seguida da flexão/torção do tronco. No estudo de Chang et al. (2020), a prevalência de lesões musculoesqueléticas foi de 70,6%, sendo que as queixas mais frequentemente reportadas foram na região do pescoço, na região lombar, nos ombros e na região dorsal superior. O nível de escolaridade, a frequência de transferências e dos cuidados junto ao leito, bem como a ausência de formação adequada para cuidadores em Taiwan, foram identificados como os fatores de risco mais decisivos para o aparecimento de lesões musculoesqueléticas nas cuidadoras, em contexto domiciliário (Chang et al., 2020).

Em 2021, Hsieh et al. evidenciaram no seu estudo que também a região lombar, foi a região corporal mais afetada, seguida dos ombros e dos cotovelos. Entre as tarefas diárias, a transferência entre a cama e a cadeira de rodas, o banho e a ajuda a sentar-se na cama, eram as realizadas com maior frequência; enquanto as tarefas percecionadas como mais exigentes fisicamente foram a transferência entre a sanita e a cadeira de rodas. Quanto aos fatores de risco mais elevados para o desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas, foram precisamente a transferência entre a sanita e a cadeira de rodas, seguida da realização de exercícios passivos de amplitude de movimento.

No estudo desenvolvido por Llamas-Ramos et al. (2022), estes concluíram que os cuidadores informais de doentes dependentes sofrem frequentemente de lesões musculoesqueléticas e de dor associada. Os autores demonstraram que o programa de exercício físico foi eficaz na redução da intensidade da dor, da incapacidade lombar e da incapacidade cervical nos cuidadores familiares. O programa desenvolvido, também mostrou ser eficaz na melhoria do estado físico geral dos cuidadores em todas as dimensões avaliadas, contribuindo, assim, para a melhoria da sua qualidade de vida.

Assim, torna-se essencial que cuidadores domiciliários e profissionais de saúde analisem estes fatores de risco e desenvolvam medidas de prevenção e estratégias de intervenção adequadas (Hsieh et al., 2021; Khamaj et al., 2022).

4. SOBRECARGA DO CI

Segundo a European Association Working for Carers (2020), cuidar de um ente querido pode trazer satisfação pessoal, mas também apresenta desafios. Estes podem compreender problemas de saúde física e mental, um sentimento de isolamento, dificuldade em equilibrar o trabalho remunerado com as responsabilidades de cuidados e até preocupações financeiras quando os recursos são reduzidos. O mesmo autor salienta que os avanços na medicina significam também que os prestadores de cuidados se vêm forçados a prestar níveis de cuidados cada vez mais complexos, com muito pouca formação e apoio mínimo. (Eurocarers – European Association Working for Carers, 2020).

Em Portugal, a questão é abordada no documento “Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025”. A Direção Geral de Saúde destaca que, na maioria dos países, os cuidados prestados pela família constituem o principal modelo de apoio às pessoas idosas. No entanto, familiares frequentemente enfrentam níveis elevados de exigência e problemas de saúde, tanto psicológicos quanto físicos, sendo necessário oferecer formação e suporte adequados para lidar com essa situação (Direção Geral de Saúde, 2017).

O impacto que o cuidar provoca no cuidador é relatado como “carga”, como termo em inglês “*burden*”. Carga significa “fardo”, “peso”, “responsabilidade”, “obrigação”. Sequeira (2010a) caracteriza esse conceito como um grupo de consequências decorrentes do contato próximo e prolongado com uma pessoa dependente.

O conceito de *caregiver burden*, encontrado na literatura e que se traduz por sobrecarga do cuidador, é habitualmente utilizado na área da saúde, para descrever o conjunto de problemas vividos pela pessoa cuidadora de um familiar dependente no domicílio (Cardoso, 2011). Este conceito é multidimensional e refere-se ao nível físico, psicológico, emocional, social e financeiro associado ao cuidar (Cardoso, 2011). A sobrecarga é ainda descrita como uma consequência, que implica, segundo Figueiredo & Sousa (2008), uma diminuição do bem-estar e piores níveis de saúde, com o aparecimento/agravamento dos problemas de saúde.

A prestação de cuidados por um longo período, está descrito pela literatura, é causadora de alterações físicas e psicológicas importantes que criam interferência na saúde e bem-estar do cuidador (Bertini, 2017), levando a uma sobrecarga. O estudo realizado por Canonici et al. (2012), relacionava o grau de dependência da pessoa com a sobrecarga do seu cuidador, concluindo que a capacidade para realizar atividades de vida diária está diretamente relacionada com as habilidades funcionais e é inversamente proporcional à sobrecarga do cuidador informal.

Segundo Cardoso (2011), conceptualmente considera-se a sobrecarga objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva envolve fatores mensuráveis, como alterações na rotina do cuidador, tempo dedicado aos cuidados, tarefas realizadas e dificuldades financeiras

(Sequeira, 2010b; Figueiredo, 2007). Por sua vez, a experiência do cuidador e os sentimentos sobre a sobrecarga sentida por ele (física, psicológica, social e emocional) estarão no âmbito da sobrecarga subjetiva (Figueiredo & Sousa, 2008; Sequeira, 2010b). Ou seja, a sobrecarga objetiva refere-se com a prática dos cuidados, enquanto a sobrecarga subjetiva está associada com as especificidades do cuidador (Martins, 2006). Em termos de investigação sobre a sobrecarga dos cuidadores informais, segundo Martins et al (2003), os estudos devem integrar os dois tipos de sobrecarga, pela existência de uma forte relação entre estes eles, por um lado a sobrecarga objetiva, relacionada às tarefas de cuidar, e por outro, a subjetiva, relacionada às características do cuidador (Martins et al., 2003).

A investigação revela que a sobrecarga está relacionada a um declínio da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbidade, pelo que a identificação e caracterização são essenciais para a sua prevenção (Sullivan & Miller, 2015; Valencia et al., 2017; Xiong et al., 2020). Estudos apresentam dados que evidenciam que, comparando indivíduos não cuidadores a indivíduos cuidadores, os últimos experienciam efeitos, nomeadamente, psicológicos, comportamentais e físicos devido à sobrecarga inerente ao cuidar, com diminuição da resposta imunitária, doença cardíaca e morte precoce ((Bevans & Sternberg, 2012; Schulz & Sherwood, 2008). Acrescem, ainda, distúrbios de ansiedade, depressão, fadiga e distúrbios do sono (Bevans & Sternberg, 2012; Schoenmakers et al., 2010; Sullivan & Miller, 2015), sendo a depressão do cuidador um dos principais motivos para o abandono dos cuidados em contexto do domicílio, principalmente de familiares com maiores níveis de dependência física (Schoenmakers et al., 2010). O cuidador deve ser considerado como um parceiro na prestação de cuidados, mas frequentemente, ele torna-se um doente com necessidade de cuidados (Bevans & Sternberg, 2012; Kühnel et al., 2020; Sullivan & Miller, 2015).

Os cuidadores dispõem entre 8 a 12 horas na prestação de cuidados aos doentes, no entanto há estudos que apontam para uma maior sobrecarga diária, cerca de 21 horas, como no estudo de Valencia et al. (2017). Desta forma, destaca-se que o número de horas por dia envolvidas na prestação de cuidados é um fator de risco de sobrecarga do cuidador Trindade et al. (2016). A evidência mostra que os cuidadores priorizam os cuidados e a vida do doente em vez da sua, sobrando pouco tempo e disponibilidade para a manutenção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico ou a ida a consultas de vigilância da sua saúde (Bevans & Sternberg, 2012).

A literatura revela alguns fatores preditores para a sobrecarga intrínsecas ao desempenho do papel como cuidador, nomeadamente, a presença de mais que uma pessoa idosa a cargo, o grau de dependência do idoso, o aumento da quantidade e a intensidade dos cuidados, a falta de colaboração do idoso, a carência de conhecimentos sobre a evolução do estado de saúde do idoso e das técnicas próprias ao cuidar, o isolamento social, os recursos económicos insuficientes, a falta de apoio formal e informal, os conflitos familiares, a idade do cuidador e a dificuldade na aceitação do seu papel (Andrade, 2009). No entanto, também é referido que esta prevalência ter interferência de outros fatores sociodemográficos, sobretudo a literacia do cuidador, o facto de viver com o doente, os

apoios psicológicos e sociais disponíveis e a espiritualidade (Chiao et al., 2015; Xiong et al., 2020).

Conforme destacado por Sequeira (2010b), é fundamental otimizar o papel do cuidador informal, visando à preservação da autonomia do indivíduo, ao aprimoramento de seu desempenho e à promoção e manutenção da qualidade de vida tanto do cuidador quanto da pessoa idosa.

5. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA SOBRECARGA DO CI

O cuidado de pessoas dependentes para atender às suas necessidades diárias não ocorre de maneira intuitiva, mas exige uma aprendizagem sistemática para o desenvolvimento de habilidades e competências (Sequeira, 2010b) que assegurem um desempenho seguro e decisões fundamentadas (Freire et al., 2021). Segundo Freire et al. (2021), cabe aos serviços de saúde e, em especial, aos enfermeiros, promover a capacitação das pessoas responsáveis pelo cuidado de familiares com limitações nas atividades de autocuidado.

Neste sentido, o EEER tem um papel favorável e de estratégia terapêutica junto do doente e da sua família, em todas as fases deste processo, com o propósito de *“cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* e pretendendo *“maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O papel do EEER é reconhecido em estudos, como uma significativa mais-valia reconhecida tanto pelos seus pares, como pelos doentes e cuidadores (McGinnes et al., 2010).

Soares et al. (2022), no seu estudo, uma revisão sistemática da literatura, referem que o EEER estabelece uma parceria com a pessoa e o cuidador, desenvolvendo e implementando planos de intervenção em Enfermagem de Reabilitação para capacitar e manter a sua capacidade funcional, capacitando-os com conhecimentos e competências que garantir a satisfação da pessoa no autocuidado com menos sobrecargas para o cuidador, promovendo assim a qualidade de vida de ambos.

Refletindo sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados, esta implica uma noção de centralidade no utente. Pelo que, neste contexto do cuidador informal e da sobrecarga decorrente do cuidar, é preponderante a necessidade de reconhecer a perceção do cuidador informal. Será pela perceção que o cuidador informal tem da sobrecarga que sente, que o Enfermeiro poderá identificar necessidades e planear as estratégias para intervir e assim, e ajudá-lo a alcançar o seu próprio potencial individual e de saúde e preparado para participar na concretização do seu projeto de saúde (Branco & Santos, 2010).

Torna-se de facto, importante a sensibilização do cuidador informal para o seu autocuidado, uma vez que o seu bem-estar influencia o sucesso do processo de reabilitação (Vogt et al., 2009).

Assim, o enfermeiro assume-se como agente de mudança, trabalhado em conjunto com o doente e a sua família, facilitando a utilização das suas habilidades e recursos, bem como a aquisição de novas competências na dinâmica familiar (Branco & Santos, 2010).

Segundo (Bicalho et al., 2008), a capacitação do utente/família, permite o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que facilitam o desempenho do papel e por sua vez, promoverão um cuidado mais bem planeado e menos desgastante. Ao intervir junto aos cuidadores, o enfermeiro visa facilitar a adaptação da família à doença e retardar o mais possível a institucionalização (Figueiredo et al., 2012). Esta capacitação está relacionada com os conhecimentos, as crenças e na capacidade de execução, havendo necessidade de formação, acompanhamento e integração do cuidador informal na prestação de cuidados (Regadas & Marques, 2012). O potencial para o enfermeiro intervir é enorme, fundamentalmente através de estratégias terapêuticas, com uma intencionalidade que vise a capacitação para o autocuidado (Ribeiro et al., 2014).

A literatura revela dados sobre os benefícios da intervenção das equipas de enfermagem, em ganhos em saúde, na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da sobrecarga do cuidador. Em contraste, a falta de informação e a não incorporação da família na prestação de cuidados geraram sentimentos de incapacidade para a realização dos cuidados ao doente, afetando significativamente a sua saúde e o seu desempenho (Branco & Santos, 2010).

Chen et al. (2016), num estudo realizado em 2015, revelam a importância do EEER, nomeadamente junto ao utente dependente e a sua família, pelo seu papel de liderança ao coordenar e executar programas de reabilitação. Estes autores propõem, ainda, a gestão de casos de forma personalizada, flexível, disponível durante o tempo necessário, com base nas necessidades identificadas.

Os cuidadores informais têm necessidade de aprender sobre como cuidar do seu familiar dependente, mostrando disponibilidade e interesse na informação fornecida. As famílias necessitam ser auxiliadas, acompanhadas, esclarecidas e fortalecidas no exercício das funções como cuidador (Vogt et al., 2009). Estudos revelam que a intervenção junto dos cuidadores, em que são fornecidas orientações sobre a melhor forma de cuidar do familiar dependente (de acordo com as necessidades identificadas e através de ações de formação e visita domiciliária (Feinberg et al., 2017; Vogt et al., 2009), além de ser mais vantajosa por ter uma resposta mais rápida, é uma abordagem mais motivadora do que programas realizados em ambulatório, sendo também eficazes na educação e gestão de doença crónica (Feinberg et al., 2017).

Wang et al. (2015) referem ainda que, um fator essencial que contribui para a adesão dos programas de reabilitação, é o envolvimento da família. Araújo et al. (2015) afirmam no seu estudo que a intervenção precoce e estruturada, com foco na capacitação, deve basear-

se na informação e no treino, com a participação e o incentivo do paciente no próprio cuidado. O estudo destaca ainda que a família deve ser orientada a cooperar, permitindo ao paciente realizar tentativas de autocuidado e, assim, contribuir para a diminuição da sobrecarga dos cuidadores. Assim, estudos como este, revelam que a intervenção estruturada, surge como forma de aliviar os efeitos do cuidar na saúde e bem-estar dos CIs de pessoas dependentes. Outros autores destacam ainda que a motivação na adesão aos programas é reforçada quando sentem apoio e supervisão da equipa de profissionais (Hjelle et al., 2017).

Andrade (2009) refere que o domicílio familiar será o ambiente mais oportuno para a aprendizagem por parte dos cuidadores, pois é neste meio que o cuidador e o enfermeiro percebem a verdadeira compreensão das necessidades educativas efetivas e dos recursos existentes para a prestação de cuidados. Evidencia ainda, no seu estudo, o acompanhamento constante dos enfermeiros em contexto domiciliário, seja através das visitas domiciliárias de carácter preventivo, quer pela sua disponibilidade em situações urgentes, enfatiza as intervenções relacionadas com a orientação social e com o apoio emocional ao cuidador. Soares et al. (2022), justificam a importância dos cuidados do enfermeiro de reabilitação no domicílio, centrados na capacitação do cuidador e na promoção da literacia em saúde, trazendo benefícios tanto para a pessoa dependente como para o cuidador, pela promoção da melhoria da capacidade funcional e do autocuidado, nomeadamente na redução da ocorrência de eventos adversos e complicações no domicílio após a alta hospitalar, tanto para a pessoa como para o cuidador.

A relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e cuidador, associado ao programa de intervenção são premissas essenciais para o sucesso dos cuidados, e consecutivamente para o bem-estar dos cuidadores, da pessoa que cuidam e da família (Martins, 2006).

Assim, é uma necessidade a implementação de diversas estratégias terapêuticas e educacionais, em que todo o planeamento seja orientado ao encontro das necessidades efetivas das pessoas, tendo em conta os aspetos demográficos, étnicos e culturais, os compromissos físicos e emocionais, de forma a planear uma educação para o autocuidado e adequado à pessoa (Regadas & Marques, 2012).

PARTE DOIS – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A segunda parte deste estudo, apresenta de forma estruturada os procedimentos adotados durante etapas do estudo, para assegurar a validade e o interesse científico dos resultados obtidos na investigação.

6. METODOLOGIA

A investigação, como pilar de toda a construção de conhecimento científico, revela-se de uma importância essencial na enfermagem, pois é necessária a melhor evidência científica para a tomada de decisão dos enfermeiros, para que possam identificar, de forma rigorosa as necessidades existentes e planejar as suas intervenções, numa prática baseada na evidência (Sequeira & Néné, 2022, p. XVII).

Para Fortin, p. (2009, p. 72), a investigação surge sempre a partir de uma questão, de enunciado claro, com conceitos definidos e com vista a chegar a uma resposta, levando ao desenvolvimento do conhecimento existente. Afirma, ainda, que a metodologia da investigação pressupõe um percurso racional utilizando técnicas e ferramentas que permitem chegar a resultados respondendo à questão.

Ao integrar um capítulo sobre a metodologia de investigação, neste trabalho pretende-se elucidar o tipo de estudo a realizar, os procedimentos e métodos a utilizar, de forma a dar resposta aos objetivos propostos com a investigação.

6.1. Tipo de estudo e objetivos

De acordo com enquadramento teórico e como ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho de investigação, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto do cuidar nos cuidadores informais?”.

Para dar resposta a esta questão foi desenvolvido um estudo exploratório, transversal de abordagem quantitativa e com uma componente descritiva e analítica, tentando explorar o fenómeno do cuidar de uma pessoa dependente, analisar e descrever esse fenómeno na população em estudo e aprofundar algumas questões associadas a esse papel.

E foram formulados os seguintes objetivos:

- Objetivo geral: Avaliar o nível de sobrecarga e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal (CI).

- Objetivos Específicos:

- Caracterizar as principais queixas músculo-esqueléticas reportadas pelo cuidador informal;
- Identificar os níveis de sobrecarga reportados pelo cuidador informal;
- Explorar a relação de fatores sociodemográficos e relacionados com a prestação dos cuidados com indicadores de saúde;
- Analisar a associação entre a sobrecarga, os sintomas músculo-esqueléticos e o estado de saúde;

- Examinar se a percepção da importância atribuída ao autocuidado do CI afeta o nível de sobrecarga percebida.

A finalidade deste estudo é determinar qual é o impacto que o cuidar de um familiar dependente, tem no cuidador informal principal, precisando a prevalência de lesões músculo-esqueléticas e os níveis de sobrecarga existentes no Cuidador Informal. Posteriormente, a relação destes dados com o contexto do cuidar, permitirá o desenvolvimento de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, direcionado às necessidades do Cuidador Informal, para a minimização da sobrecarga e prevenção de lesões musculares esqueléticas, constituindo uma evidência da prática da Enfermagem de Reabilitação.

6.2. População e amostra e Processo de amostragem

Considerando o objetivo do presente estudo, procurou-se identificar a forma mais acessível de contactar com a população alvo. Aproveitando a existência da Associação Fraterna de Prevenção e Ajuda (AFPA), a amostra foi criada através da divulgação do estudo em encontros e seminários organizados pela associação e pelas equipas de apoio domiciliário das IPSS, dando credibilidade ao investigador, minimizando os efeitos de desconfiança e os sentimentos de insegurança nos participantes

Desta forma, a amostra deste estudo respeita a técnica de amostragem não probabilística, de acordo com o interesse da pesquisa. A seleção da amostra intencional respeitou os seguintes critérios de inclusão:

1. Idade superior a 18 anos;
2. Cuidador informal principal de utentes dependentes (pontuação escala Barthel < 60) há pelo menos 6 meses;
3. Aceitação livre e informada da participação no estudo.
4. Saber ler, escrever e interpretar e dar respostas ou em alternativa ter alguém que o faça por si;

Utilizando a estratégia de seleção anteriormente descrita, a amostra obtida foi de 25 cuidadores.

6.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

Tendo em consideração o referido no ponto anterior, para o desenvolvimento deste estudo decidiu-se utilizar instrumentos que se baseiam na autoavaliação e autorrelato dos prestadores de cuidados.

Procedeu-se à aplicação do questionário (anexo I), que se encontra dividido em quatro partes:

(1) Caracterização sociodemográfica do cuidador informal

Remete para a avaliação dos dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, situação laboral, habilitações literárias,) e na avaliação sobre a vivência como cuidador (existência de problemas de saúde; duração em tempo do papel de cuidador; qual a relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados; quantas horas ocupa por dia na função do cuidador; se é a única pessoa da família responsável pela prestação de cuidados; outros tipos de apoio e opinião sobre diminuir o desgaste sentido).

(2) Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (Escala QASCI)

Para avaliação das dimensões física, emocional e social da sobrecarga na prestação de cuidados, relativa às últimas quatro semanas, foi aplicado o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Martins et al., 2004) de autorrelato. Este instrumento foi validado para a população portuguesa pela professora Teresa Martins (Escola Superior de Enfermagem São João), pelo professor José Pais Ribeiro (Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto) e pela professora Carolina Garrett (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) (Martins et al., 2003).

O QASCI é composto por 32 itens, que integram sete dimensões, descritas na Tabela 1, para resposta de tipo Likert, de acordo com o seu grau de concordância do cuidador inquirido (1- Não/Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase Sempre; 5-Sempre) (Tabela 1 – QASCI.)

Tabela 1 – QASCI dimensões e Subescalas

Dimensão	Descrição da subescala	Itens
1. Sobrecarga emocional (SE)	Compreende as emoções negativas do cuidador, potenciais geradoras de conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento face à situação vivida.	(4) 1-4
2. Implicações na vida pessoal (IVP)	Pretende avaliar as 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).	(11) 5-15
3. Sobrecarga financeira (SF)	Avalia a presença de dificuldades económicas decorrentes do facto do cuidador se encontrar a tomar conta do seu familiar e à incerteza do futuro económico.	(2) 16-17
4. Reações a exigências (RE)	Inclui às emoções negativas sentidas por exercer o papel de CI, como a perceção de manipulação por parte do doente, ou a presença de comportamentos por parte deste capaz de levar a embaraço do cuidador, sentimentos de ofensa e diminuição da privacidade.	(5) 18-22
5. Perceção de mecanismos de eficiência e de controlo (MEC)	Compreende os aspetos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas que advêm	(3) 23-25

	do desempenho de papel, bem como a gestão de tempo gasto pelo cuidador na tarefa de cuidar, em relação com as suas próprias necessidades.	
6. Suporte Familiar (Sup.F)	Engloba o reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador.	(2) 26-27
7. Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar (SPF)	Diz respeito às emoções e os sentimentos positivos decorrentes do papel, ao sentimento de gratidão que o último demonstra pelo CI e à sensação de proximidade e auto-estima pelos cuidados prestados.	(5) 28-32

Neste instrumento, as subescalas Satisfação com o Papel e com o Familiar, Suporte Familiar e Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo, são indicadores positivos (isto é, diminuem o nível de sobrecarga), assim, as pontuações obtidas nos itens destas subescalas, são invertidas para que valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga Martins et al. (2003).

Para que sejam obtidos valores homogêneos e comparáveis nas pontuações finais de cada subescala, os itens de cada dimensão devem ser somados e em seguida a este valor deve ser subtraído o valor mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala, e por fim, para que a leitura seja efetuada em percentagem, deve-se multiplicar o resultado por 100.

$$\frac{\Sigma - \text{Pontuação mínima de cada subescala} * 100}{\text{Max} - \text{Min}}$$

$$\text{Max} - \text{Min}$$

A pontuação total é conseguida pelo somatório de todas as subescalas e calculada a sua média aritmética.

Considerando os pontos de corte, segundo Martins et al. (2003) a validação do instrumento para a população portuguesa, propõem: até 25 pontos – baixa sobrecarga; de 26 a 50 pontos – sobrecarga moderada; de 51 a 75 pontos – sobrecarga alta; mais de 75 pontos – sobrecarga extrema.

Segundo o seu estudo de validação da escala, Martins et al. (2003) o QASCI demonstrou ser um instrumento com boa aceitação junto dos participantes e revelou-se estar adaptado ao conjunto das diferentes características dos cuidadores. A escala global apresentou uma boa consistência interna, alfa-cronbach de 0,90 e as diferentes subescalas apresentam valores entre 0,89 e 0,57 (Martins et al., 2003). Da análise das propriedades métricas foram evidenciados resultados satisfatórios, demonstrando a adequação do instrumento para avaliar a sobrecarga do CI.

(3) Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-esqueléticos (QNM)

Este questionário foi desenvolvido em 1987, no Instituto de Saúde Ocupacional de Helsínquia, na Finlândia. O seu objetivo é quantificar as regiões mais afetadas pelos

sintomas músculo-esqueléticos relatados pela população alvo, avaliando a sua prevalência e intensidade.

Para o presente estudo, com o objetivo de avaliar esta sintomatologia aplicou-se o QNM validado para a população portuguesa (Mesquita et al., 2010).

É um questionário que pode ser autoaplicável, apresentando bons índices de fiabilidade pela sua simplicidade de preenchimento. O QNM mostra no início uma breve instrução sobre o seu preenchimento, para esclarecer previamente o inquirido, havendo 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.

Mostra ainda, uma figura que delimita e denomina as regiões anatómicas a serem alvo de avaliação, facilitando a sua interpretação e a 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.

Relativamente às regiões do corpo, são avaliadas nove: pescoço; ombros; cotovelo; punho/mãos; região torácica; região lombar; ancas/coxas; joelhos; tornozelo e pés.

Na versão portuguesa validada por Mesquita et al. (2010), foi incluído ao questionário, a escala numérica da dor, com classificação de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima) nas nove regiões anatómicas avaliadas, que é preenchida no caso o inquirido expresse algum sintoma de lesão.

(4) Avaliação de estado de saúde (SF-36 v2 - MOS Short Form Health Survey 36 Item v2.)

Este instrumento de medição, cujo original foi o resultado do Medical Outcomes Study, um estudo desenvolvido por investigadores da Rand Corporation nos EUA, na década de 80. Um dos objetivos destes investigadores era criar instrumentos para serem usados sem monitorização continua dos resultados de saúde (Ferreira, 2000a). O MOS SF-36 foi adaptado culturalmente para português, validado e aplicado por Pedro Lopes Ferreira em 1998 (Ferreira, 2000a, 2000b).

Este instrumento tem como objetivo (1) medir e avaliar o estado de saúde de populações em indivíduos com ou sem doença, (2) monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e (3) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral. O seu preenchimento pode ser feito pelo próprio, por entrevista ou por telefone e a sua aplicação realizada a adolescentes, adultos e idosos,

saudáveis ou qualquer condição de saúde (Ferreira, 2000a, 2000b). Fundamenta-se na percepção que os indivíduos têm sobre a sua própria saúde (Mendes, 2011).

É composto por 36 itens, integrando 8 dimensões de estado de saúde e assinalando tanto estados positivos como negativos de saúde (Ferreira, 2000a). As pontuações por dimensão apresentam-se numa escala de orientação positiva de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: Saúde física e Saúde mental. O SF-36 contempla ainda uma escala de transição em saúde (P₂) que pretende medir a quantidade de mudança em geral na saúde, pontuada de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior) (Ferreira, 2000a).

A escolha dos instrumentos foi sensível às características da amostra, aos objetivos propostos e ao facto de se encontrarem validados para a população portuguesa. Os questionários foram aplicados num único momento.

6.4. Procedimentos formais e critérios de minimização de erros

Para este estudo, primariamente, foi enviado um requerimento à direção da Associação Fraternal de Prevenção e Ajuda (AFPA), para a colaboração/autorização do estudo com os seus associados, cuidadores informais principais de utentes dependentes no domicílio.

Numa fase seguinte, foram recolhidos os consentimentos informados e aplicados os instrumentos de avaliação aos Cuidadores informais dos utentes, tendo em conta os critérios de inclusão, em formato papel e posteriormente transcritos para o formulário online ou pelo preenchimento direto do formulário online.

Por fim, toda a informação recolhida foi devidamente armazenada sem possível correspondência dos dados com a identificação pessoal dos participantes.

6.5. Procedimentos éticos

Durante a investigação, o investigador deve respeitar os direitos e a dignidade dos participantes, conforme destaca Fortin (2009), todas as decisões éticas devem basear-se nos princípios de respeito à pessoa e beneficência.

No sentido de respeitar estes princípios, conseguindo a validade da metodologia desta investigação, foi pedida a autorização formal para a recolha de dados à instituição prevista para o efeito, e cada participante em estudo foi informado sobre a natureza, os objetivos, as fases e os métodos de investigação, os riscos e os benefícios da participação, o anonimato/confidencialidade, assim como dos seus direitos através do consentimento informado. No caso dos formulários em papel, o anonimato e confidencialidade, foi mantido ao longo de todo o trabalho, pela resposta anónima dos questionários, após esclarecimento sobre o seu preenchimento, através da separação do consentimento informado assinado/rubricado e posteriormente transcritos para o formulário online. De

forma a confirmar a sua participação voluntária, foi sempre pedida a confirmação através do seu consentimento. A todos os formulários preenchidos diretamente em formato online ou transcritos posteriormente, foi atribuído um código.

Em relação aos cuidadores informais, foram convidados a participar através encontros e seminários organizados pela AFPA e de algumas IPSS (assistentes sociais), em contacto anterior pela direção da AFPA com a informação explicativa do estudo.

O projeto deste estudo foi submetido à Comissão de Ética do IPB tendo obtido parecer favorável.

6.6. Procedimentos estatísticos

O tratamento dos dados foi conduzido com recurso ao software IBM SPSS Statistics (versão 29), tendo sido realizadas análises descritivas e inferenciais. As análises descritivas permitiram determinar frequências absolutas e relativas, bem como calcular medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, amplitude), com o intuito de caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico, assim como no que diz respeito a variáveis relacionadas com a prestação de cuidados e indicadores de saúde (e.g., queixas reportadas ao nível da saúde músculo-esquelética, perceção do estado global de saúde e níveis de sobrecarga).

Por sua vez, tendo em conta o tamanho da amostra e a violação dos pressupostos de normalidade observada em várias variáveis, foram utilizados testes não paramétricos nas análises inferenciais. Neste contexto, recorreu-se à correlação de Spearman para explorar a relação entre variáveis contínuas, nomeadamente a idade dos participantes, o tempo de prestação de cuidados, o número de horas diárias dedicadas ao papel de cuidador e os diversos indicadores de saúde. Adicionalmente, foram realizados testes de Mann-Whitney para comparar os indicadores de saúde entre cuidadores que se identificaram como “único cuidador” e aqueles que referiram dispor de apoio externo na prestação de cuidados. Para todas as análises inferenciais foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se traçar o perfil sociodemográfico do CI, apresentando a identificação do género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, situação de saúde e relação de parentesco entre o cuidador e a pessoa com dependência e apresentar ainda as características relativas ao cuidar, nomeadamente o tempo despendido diariamente no cuidar, o tempo como cuidador e se é o único cuidador. Através da avaliação da sobrecarga, lesões LME e do estado de saúde, foi possível descrever os indicadores de saúde dos cuidadores, bem como as inter-relações entre variáveis sociodemográficas, relacionadas com a prestação de cuidados e indicadores de saúde.

7.1. Características sociodemográficas dos cuidadores informais

A amostra do presente estudo foi constituída por 25 cuidadores, com idades compreendidas entre os 28 e os 96 anos ($M=67,7$; $DP=15,45$). A maioria dos participantes eram do sexo feminino (80%; $n=20$), casados ou a viver em coabitação com o parceiro/a (80%; $n=20$). Em termos de situação profissional, 32% estavam profissionalmente ativos ($n=8$), enquanto 44% ($n=11$) estavam reformados/pré-reforma, 16% ($n=4$) eram domésticos(as) e verificaram-se apenas duas situações (8%) em que os cuidadores estavam desempregados. Relativamente aos níveis de escolaridade dos CI, observou-se que 56% ($n=14$) dos participantes sabiam ler ou escrever ou tinham concluído o 1º ciclo de Ensino Básico.

Ao nível da condição de saúde, 60% ($n=15$) dos inquiridos reportaram ter algum problema de saúde física e/ou mental diagnosticado. Cerca de 26% dos participantes ($n=5$) mencionaram problemas osteoarticulares. Entre os cuidadores, 8% ($n=2$) reportaram sintomas de ansiedade e depressão.

As características sociodemográficas e clínicas dos participantes são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra de cuidadores (n=25).

Variável	n	%
Idade (em anos (M±DP))	67,76±15,45; 28-96	
Variáveis sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	20	80,0
Masculino	5	20,0
Estado Civil		
Casado(a)/união de facto	20	80,0
Divorciado(a)	2	8,0
Viúvo(a)	2	8,0
Solteiro(a)	1	4,0
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	3	12,0
Ensino Primário	11	44,0
Ensino Secundário	9	36,0
Ensino Superior	2	8,0
Situação Laboral		
Ativo(a)	8	32,0
Pré-reforma/Reforma	11	44,0
Doméstico	4	16,0
Desempregado	2	8,0
Estado de Saúde		
Problemas de saúde		
Não	10	40,0
Sim	15	60,0
Doença osteoarticular	5	33,33
Doença Cardiovascular	4	26,67
Dislipidemia	2	13,33
Ansiedade	1	6,67
Depressão	1	6,67
Diabetes	2	10,53
Cegueira	1	6,67
Asma	1	6,67
Hipertrofia Prostática benigna	1	6,67
Astenia	1	6,67

7.2. Características da prestação de cuidados

Ao nível das características relacionadas com a prestação dos cuidados, verificou-se que a maioria dos cuidadores era cônjuge do utente (56%; n=14). Os filhos/as, por sua vez, representavam 28% (n=7) dos cuidadores integrados na amostra. Cerca de 40% (n=10)

dos cuidadores referiam ser a única pessoa responsável pelos cuidados ao familiar dependente. Os restantes 60% (n=15) partilhavam a responsabilidade na prestação de cuidados com a equipa de apoio domiciliário (60%, n=9) e na família (40%, n=6) (Tabela 3).

Relativamente ao número de horas despendidas diariamente ao cuidado à pessoa dependente, os dados mostraram que os cuidadores prestavam cuidados, em média, 16,5 horas por dia (DP=8.63). A duração da prestação de cuidados, por sua vez, variou entre 1 a 30 anos (M= 6,66; DP=6,91).

Tabela 3. Características da prestação de cuidados (n=25).

Variável	n	%
Parentesco		
Filho(a)	7	28,0
Cônjuge	14	56,0
Genro/Nora	2	8,0
Amiga	1	4,0
Neto(a)	1	4,0
Único Cuidador		
Não	10	40,0
Sim	15	60,0
Tempo como cuidador (anos)	6,656±6,91; 1-30	
Horas de cuidados/dia	16,5±8,63; 2-24	

7.3. Importância atribuída pelo CI a atividades de autocuidado

A avaliação do autocuidado partiu de uma perspetiva centrada no cuidador e nas suas necessidades percebidas. Assim, ao questionar o cuidador sobre a importância percebida de algumas atividades de autocuidado, os dados obtidos revelam que as atividades consideradas mais significativas para a gestão do desgaste diário da prestação dos cuidados (com atribuição do grau de importância entre “Muito importante” e “Extremamente importante”) foram: ter apoio nos cuidados de higiene do familiar (80%, n=20), ter apoio financeiro (80%, n=20), ter alguém para ficar 2 horas por dia com o familiar (76%, n=19) e ter formação periódica sobre como cuidar do familiar (56%, n=14). Em contraste, atividades como fazer uma caminhada ou andar de bicicleta (48%, n=12) e ir tomar café ou lanchar/jantar com amigos (44%, n=11) foram consideradas menos prioritárias dentro deste nível de importância (Tabela 4). Estes resultados refletem uma maior valorização dos apoios práticos e estruturais no alívio da carga do cuidador, em comparação com as atividades de lazer pessoal e social.

Tabela 4. Percepção sobre a importância atribuída pelos cuidadores às atividades de autocuidado: frequências, medianas (Mdn) e intervalo interquartil (IQR).

Variáveis	Mediana (AIQ)	Nada Importante n (%)	Ligeiramente importante n (%)	Moderadamente importante n (%)	Muito Importante n (%)	Extremamente importante n (%)
Fazer uma caminhada ou andar de bicicleta	3 (2,5)	3 (12)	3 (12)	7 (28)	5 (20)	7 (28)
Ir tomar café ou lanchar/jantar com amigos	3 (2)	4 (16)	6 (24)	4 (16)	7 (28)	4 (16)
Ter alguém para ficar 2 horas por dia com o seu familiar	5 (1,5)	2 (8)	1 (4)	3 (12)	5 (20)	14 (56)
Ter apoio nos cuidados de higiene do seu familiar	5 (1)	2 (8)	2 (8)	1 (4)	4 (16)	16 (64)
Ter apoio financeiro	5 (1)	1 (4)	2 (8)	2 (8)	5 (20)	15 (60)
Ter formação periódica sobre como cuidar do seu familiar	4 (2)	0 (0)	4 (16)	7 (28)	4 (16)	10 (40)

7.4. Análise descritiva de indicadores de saúde

No que respeita à identificação de problemas musculoesqueléticos nas nove regiões corporais avaliadas no presente estudo, observou-se uma redução na frequência de sintomas reportados nos últimos 7 dias, em comparação com os sintomas verificados nos últimos 12 meses. Este padrão poderá indicar uma possível atenuação dos sintomas ao longo do tempo. No entanto, uma proporção considerável da amostra continuou a apresentar queixas recentes.

Tabela 5. Principais queixas reportadas ao nível da saúde músculo-esquelética, considerando diferentes regiões.

Variável	Problemas identificados nos últimos 12 meses (e.g., dor, desconforto, dormência)	Limitações nas atividades diárias relacionadas com os problemas identificados (e.g., trabalho, serviço doméstico)	Problemas identificados nos últimos 7 dias	Intensidade da dor		
	n (%)	n (%)	n (%)	M	DP	Min-Max
Pescoço	15, 60	7, 28	6, 24	2,04	2,685	0-9
Ombros	13, 52	8, 32	5, 20	2,12	3,073	0-10
Cotovelo	6, 24	2, 8	2, 8	0,92	2,019	0-8
Punho/Mãos	9, 36	6, 24	4, 16	1,16	2,561	0-9
Região Torácica	3, 12	1, 4	0,0	0,36	1,604	0-8
Região Lombar	21, 84	16, 64	15, 60	3,52	3,029	0-10
Ancas/Coxas	13, 52	7, 28	9, 36	2,08	2,691	0-7
Joelhos	14, 56	10, 40	8, 32	2,28	3,169	0-10
Tornozelo/Pés	11, 44	1,4	4, 16	1,52	2,452	0-8

As regiões corporais mais frequentemente afetadas ao longo dos últimos 12 meses foram a região lombar (n = 21; 84%), o pescoço (n = 15; 60%), os joelhos (n = 14; 56%), os ombros (n = 13; 52%) e as ancas/coxas (n = 13; 52%). Entre estas, a região lombar destacou-se não só pela sua elevada prevalência, como também pelo impacto funcional associado (n = 16; 64%) e pela manutenção dos sintomas nos últimos 7 dias (n = 15; 60%). Adicionalmente, esta região registou a maior intensidade média de dor (M = 3,52; DP = 3,029). Em contraste, regiões como a região torácica e os cotovelos apresentaram as menores percentagens de queixas, assim como intensidades médias de dor mais baixas, sugerindo um impacto clínico e funcional reduzido nessas áreas (ver Tabela 5).

Os dados descritivos indicaram ainda que a funcionalidade dos cuidadores se apresentava baixa a moderada. Relativamente ao estado de saúde, avaliado através do SF-36v2, observaram-se pontuações mais reduzidas nos domínios da vitalidade, saúde geral e saúde mental, refletindo um impacto negativo na qualidade de vida. Por outro lado, o domínio 'mudança de saúde' apresentou uma perceção mais favorável, possivelmente associada a um processo de adaptação ao papel de cuidador ou à perceção de uma melhoria relativa do estado de saúde ao longo do tempo.

Por sua vez, ao nível da sobrecarga do cuidador, foram encontradas pontuações mais elevadas em dimensões como implicações na vida pessoal, sobrecarga emocional e sobrecarga financeira (ver Tabela 6).

Tabela 6. Análises descritivas do estado de saúde e sobrecarga do cuidador.

Variável	M	DP	Min	Max
ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)				
▪ Função Física	56,80	26,49	0	100
▪ Dor Corporal	53,24	20,93	12,00	100
▪ Saúde Geral	43,76	18,968	,00	80,00
▪ Vitalidade	36,40	13,73	10,00	65,00
▪ Função Social	55,50	21,37	25,00	100,00
▪ Saúde Mental	47,52	17,60	20,00	80,00
▪ Mudança de Saúde	66,00	18,93	,00	100,00
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)				
▪ Implicações na vida pessoal do CI	63,82	23,32	22,73	100,00
▪ Satisfação com o papel e com o familiar alvo de cuidados	33,40	22,11	5,00	100,00
▪ Reações e exigências	41,40	19,39	5,00	85,00
▪ Sobrecarga emocional	57,25	20,31	12,50	93,75
▪ Suporte Familiar	44,00	32,30	,00	100,00
▪ Sobrecarga financeira	51,00	31,02	,00	100,00
▪ Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo	43,33	15,21	16,67	66,67

7.5. Relação entre variáveis sociodemográficas e relacionadas com a prestação de cuidados com indicadores de saúde

As análises de correlação bivariadas revelaram associações moderadas a fortes entre a idade e vários domínios da avaliação do estado global de saúde e da sobrecarga do cuidador. Foram identificadas correlações negativas fortes com a função física, saúde geral e função social, sugerindo que o aumento da idade esteve associado a piores resultados nesses domínios (ver Tabela 6). No que respeita à sobrecarga associada ao cuidado, observaram-se correlações positivas fortes entre a idade e as dimensões suporte familiar e a sobrecarga financeira, bem como correlações positivas moderadas com as implicações na vida pessoal do cuidador informal (CI), reações e exigências, e sobrecarga emocional, o que sugeriu um aumento da sobrecarga com o avançar da idade.

Tabela 7. Intercorrelações entre as variáveis em estudo.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.
1. Idade	1,000																									
2. Tempo de prestação de cuidados	0,141	1,000																								
3. Horas diárias de prestação de cuidados	,578**	-0,103	1,000																							
4. Função Física	-,777***	-0,220	-,678***	1,000																						
5. Dor corporal	-0,278	0,032	-0,205	0,362	1,000																					
6. Saúde Geral	-,735***	-0,123	-,659***	,664***	0,134	1,000																				
7. Vitalidade	-0,351	-0,034	-0,347	0,310	0,201	,772***	1,000																			
8. Função Social	-,525**	-0,317	-0,184	0,360	0,139	,705***	,656***	1,000																		
9. Saúde Mental	-0,314	0,059	-,408*	0,174	0,027	,685***	,834***	,596**	1,000																	
10. Mudança de Saúde	0,202	-0,280	0,354	-,398*	-0,141	-0,351	-0,343	-0,166	-0,325	1,000																
11. Implicações na vida pessoal do CI	,455*	-0,082	,405*	-,479*	-0,237	-,691***	-,609**	-0,376	-,551**	0,325	1,000															
12. Satisfação com o papel e com o familiar alvo de cuidados	-0,287	-,451*	-0,059	0,372	-0,105	0,327	0,168	0,287	-0,032	-0,130	-0,075	1,000														
13. Reações e exigências	,419*	-0,121	0,384	-0,263	-0,308	-,506**	-0,371	-0,347	-,470*	0,145	,628**	0,347	1,000													
14. Sobrecarga emocional	,417*	-0,179	,464*	-0,368	-0,192	-,777***	-,710***	-,622**	-,722***	0,352	,797***	0,091	,659***	1,000												
15. Suporte Familiar	,500*	0,024	,448*	-,399*	-0,229	-,570**	-,421*	-,467*	-,624**	0,052	,447*	0,085	,681***	,616**	1,000											
16. Sobrecarga financeira	,542**	0,133	,456*	-,500*	-,410*	-,707***	-,652***	-,529**	-,427*	0,244	,730***	-0,014	,663***	,649***	0,366	1,000										
17. Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo	0,305	-0,219	0,292	-0,021	-0,056	-,477*	-,444*	-0,371	-,498*	-0,050	,467*	0,262	,458*	,622**	,463*	,432*	1,000									
18. Intensidade da dor [Pescoço]	-0,084	0,072	0,019	0,055	0,112	-0,177	-0,349	-0,230	-0,114	-0,012	0,072	-0,260	-0,353	0,091	-0,245	0,207	0,106	1,000								
19. Intensidade da dor [Ombros]	-0,349	-0,140	-0,265	0,383	-0,014	0,163	-0,326	0,014	-0,204	-0,157	-0,169	0,231	-0,251	-0,031	-0,146	-0,042	0,173	,442*	1,000							
20. Intensidade da dor [Cotovelo]	-0,263	0,179	-0,019	0,193	0,252	-0,011	-0,270	-0,091	-0,261	-0,030	-0,201	0,194	-0,227	0,011	-0,064	-0,009	0,055	,439*	,638**	1,000						
21. Intensidade da dor [Punho/Mão]	-0,022	0,145	-0,092	0,155	-0,050	0,041	-0,140	0,028	-0,119	-,546**	0,013	0,204	-0,015	0,010	0,127	0,123	0,252	0,309	,612**	0,362	1,000					
22. Intensidade da dor [Região Torácica]	-0,047	-0,125	0,264	-0,094	-0,099	-0,252	-0,307	-0,083	-0,301	-0,097	0,388	0,303	,473*	0,379	0,302	0,370	0,036	0,103	0,131	0,229	0,203	1,000				
23. Intensidade da dor [Região Lombar]	-0,056	-0,292	0,094	-0,161	-0,194	-0,234	-0,343	-0,060	-0,199	0,015	,512**	0,096	0,186	,500*	0,225	0,279	0,301	0,299	0,323	0,018	,453*	,474*	1,000			
24. Intensidade da dor [Anca/Coxas]	0,202	-0,025	0,374	-,430*	-0,178	-,428*	-,411*	-0,184	-0,384	0,237	0,391	0,129	0,237	,564**	,484*	0,239	0,282	0,007	0,160	,401*	0,100	0,338	,467*	1,000		
25. Intensidade da dor [Joelhos]	0,240	-0,263	,549**	-0,387	-0,255	-,518**	-,491*	-0,171	-,428*	0,212	,502*	0,089	0,250	,667***	,415*	0,373	0,324	0,275	0,232	0,324	0,252	,517**	,622**	,770***	1,000	
26. Intensidade da dor [Tornozelo/pés]	,464*	0,133	0,337	-,487*	-0,213	-,653***	-,622**	-,406*	-,519**	0,164	,574**	-0,226	,403*	,566**	,536**	,462*	0,114	0,227	0,142	0,136	0,277	,510**	,442*	,483*	,637**	1,000

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

De forma global, a idade não evidenciou associações relevantes com os indicadores relacionados com a percepção da intensidade da dor musculoesquelética, com exceção da dor na região dos tornozelos/pés, que pareceu aumentar com a idade (Tabela 7).

Relativamente às características associadas à prestação de cuidados, o tempo de duração enquanto cuidador(a) mostrou associação apenas com a satisfação com o papel e com o familiar alvo de cuidados, sugerindo que quanto maior o tempo de prestação de cuidados, menor o nível de insatisfação percebida. Já o número de horas diárias dedicadas ao cuidado apresentou mais relações com os indicadores de saúde. Verificaram-se correlações negativas fortes com a função física e a saúde geral, bem como correlações positivas moderadas com várias dimensões da sobrecarga, como as implicações na vida pessoal do CI, sobrecarga emocional, suporte familiar e sobrecarga financeira. Apenas uma correlação positiva forte foi observada entre o número de horas de prestação de cuidados e a intensidade da dor percebida na região dos joelhos (Tabela 7).

Adicionalmente, foi conduzido um teste de Mann-Whitney com o objetivo de explorar a relação entre ser o único cuidador e os indicadores de saúde. Os resultados sugeriram a existência de uma associação significativa. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em indicadores como a saúde geral percebida ($U = 34$, $Z = -2,28$, $p = 0,023$), vitalidade ($U = 29,5$, $Z = -2,57$, $p = 0,010$), sobrecarga emocional ($U = 38,5$, $Z = -2,05$, $p = 0,041$) e intensidade da dor em regiões como os tornozelos/pés ($U = 25$, $Z = -3,13$, $p = 0,004$), sendo que os cuidadores que referiram ser a única pessoa responsável pelos cuidados apresentaram piores resultados nestes domínios (Tabela 8).

No que diz respeito às intercorrelações entre os indicadores de saúde, os resultados apontaram para associações negativas moderadas a fortes entre domínios do estado de saúde e as dimensões da sobrecarga. Pontuações mais elevadas em indicadores de sobrecarga, como sobrecarga emocional, insatisfação com o suporte familiar e sobrecarga financeira, estiveram transversalmente associadas a pior saúde geral, menor vitalidade, pior função social e pior saúde mental. Resultados menos positivos na percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo associaram-se igualmente a piores níveis de saúde geral, vitalidade e saúde mental (Tabela 7).

Por fim, a intensidade da dor em algumas regiões do corpo (por exemplo, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés) revelou associações negativas com a saúde geral e a vitalidade. Destacou-se, ainda, que a intensidade da dor em áreas como a região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés apresentou correlações positivas fortes com os níveis autorreportados de sobrecarga emocional (Tabela 7).

Tabela 8. Análises descritivas do estado de saúde e sobrecarga do cuidador.

Variável	Com suporte na Prestação de Cuidados		Único Cuidador	
	Mdn	AIQ	Mdn	AIQ
ESTADO DE SAÚDE				
Função Física	65,0	32,5	55,0	50,00
Dor Corporal	53,5	16,3	46,0	36,00
Saúde Geral	48,5	23,3	32,0	35,00
Vitalidade	45,0	8,8	30,0	25,00
Função Social	68,8	31,3	50,0	25,00
Saúde Mental	58,0	25,0	40,0	36,00
Mudança de Saúde	62,5	25,0	75,0	0,00
SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL				
Implicações na vida pessoal do CI	64,8	35,80	75,0	45,46
Satisfação com o papel e com o familiar alvo de cuidados	32,5	31,25	25,0	15,00
Reações e exigências	35,0	21,25	40,0	30,00
Sobrecarga emocional	46,9	21,88	56,3	25,00
Suporte Familiar	37,5	34,38	62,5	25,00
Sobrecarga financeira	25,0	56,25	50,0	37,50
Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo	45,8	33,33	41,7	33,33
INTENSIDADE DA DOR				
Pescoço	0,0	2,00	2,0	5,00
Ombros	0,0	4,25	1,0	5,00
Cotovelo	0,0	0,00	0,0	2,00
Punho/Mãos	0,0	0,25	0,0	2,00
Região Torácica	0,0	0,00	0,0	0,00
Região Lombar	2,5	5,25	3,0	6,00
Ancas/Coxas	0,0	1,00	2,0	5,00
Joelhos	0,0	1,50	2,0	7,00
Tornozelo/Pés	0,0	0,00	2,0	5,00

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, os 25 participantes eram o principal cuidador da pessoa dependente, no domicílio, apresentando uma média de idade de 67,76 anos ($\pm 15,45$). Esses resultados corroboram as evidências de estudos recentes realizados nos últimos cinco anos, os quais também demonstram que a maioria dos cuidadores possui uma média de idade superior a 60 anos (Driehuis et al., 2024; Hipólito et al., 2020; Jaracz et al., 2024; Maciel dos Santos et al., 2023; C. Moreira et al., 2024; Pinto et al., 2023). São majoritariamente mulheres, de forma semelhante aos dados encontrados por Guijarro-Requena et al. (2022); Koopman et al. (2020); Kuharic et al. (2024); Silveiro, (2023); Soares et al., 2023). Verificou-se ainda que eram esposas, noras ou filhas da pessoa com dependência. Conforme mencionado por diversos autores, esses dados podem ser tradicionalmente explicados pelo papel da mulher na sociedade, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados à família (Guerreiro et al., 2022; Guijarro-Requena et al., 2022; Mendes et al., 2019; Secinti et al., 2021; Soares et al., 2023), recaindo sobretudo sobre a esposa e/ou filha, o papel do cuidado informal de pessoas dependentes. Relativamente à distribuição dos CIs, tendo em conta a relação de parentesco com a pessoa dependente, no presente estudo, são os cônjuges os principais cuidadores (56%, n=14), tal como nos estudos de Silveiro (2023); Soares et al. (2023). Em segundo lugar (28%, n=7), o papel de principal cuidador recai também nos filhos/filhas, como podemos constatar nos estudos de Guerreiro et al. (2022), Guijarro-Requena et al. (2022), Mendes et al. (2019), Rangel et al. (2019) Secinti et al. (2021). Na sua maioria (80%, n=20), são casados ou a viver em coabitação com o parceiro/a, tal como os estudos de Guerreiro et al. (2022), Guijarro-Requena et al. (2022), Koopman et al. (2020), Silveiro (2023).

Nos dados relativos à situação profissional, destacamos os 32% que estavam profissionalmente ativos (n=8), e simultaneamente acumulam o papel de cuidador, tal como se encontra nos estudos de Koopman et al. (2020); Matos & de Araújo, (2021); Valcárcel-Nazco et al. (2022). Enquanto 44% (n=11) estavam reformados/pré-reforma, 16% (n=4) eram domésticos(as) e apenas em duas situações (8%), os cuidadores estavam desempregados, resultados similares nos estudos desenvolvidos por Guerreiro et al. (2022); Jaracz et al. (2024); Maciel dos Santos et al. (2023); Silveiro (2023); Sousa et al. (2024).

Quanto à escolaridade, destacamos que 56% da amostra, sabe ler e escreve ou tem apenas o ensino básico, assemelhando-se aos estudos apresentados por Rangel et al. (2019) com 50,8%, Hipólito et al. (2020), com 56% e Maciel dos Santos et al. (2023) com 53,3%. A baixa escolaridade dos CIs nestes estudos, é justificada pelos seus autores, pela atribuição deste papel recair sobretudo em pessoas com maior dificuldade de introdução formal no mercado de trabalho, acumulando aos encargos domésticos, a tarefa de cuidar da pessoa com dependência como uma extensão dessa atividade. Em contraste ao anteriormente descrito, achamos adequado destacar neste trabalho, os 44% que possuem ensino secundário ou um curso superior, reforçando o aumento da literacia, o que pode indicar a evolução da sociedade, com o aumento do número de pessoas que continuam os estudos

para além da escolaridade obrigatória, como é revelado nos estudos de Vrettos et al. (2023), Duarte et al. (2024), Koopman et al., (2020) e Matos & de Araújo (2021).

No presente estudo, a maioria da nossa amostra (60%) tinha ajuda no cuidar, sendo consistente com os dados obtidos nos estudos de Guerreiro et al. (2022), Maciel dos Santos et al. (2023) e Silveiro (2023), que destacam a importância da partilha de responsabilidades no cuidar como revelador de melhoria na qualidade de vida. Por outro lado, é importante salientar os restantes 40% que desempenham esta tarefa sem qualquer tipo de ajuda. Da análise realizada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em indicadores como a saúde geral percebida, vitalidade, sobrecarga emocional e intensidade da dor em regiões como os tornozelos/pés, em cuidadores que referiram ser a única pessoa responsável pelos cuidados, apresentando piores resultados nestes domínios. Mateus et al. (2019) revela no seu estudo que “com o passar do tempo a sobrecarga de trabalho traz fadiga, stresse e depressão”.

Relativamente ao número de horas despendidas diariamente ao cuidado à pessoa dependente, os dados mostraram que os cuidadores prestavam cuidados, em média, 16,5 horas por dia (DP=8.63), o que é sobreponível aos dados existentes na literatura (Koopman et al., 2020; Secinti et al., 2021; Silveiro, 2023; Valcárcel-Nazco et al., 2022; Vrettos et al., 2023). Koopman et al. (2020), desenvolveram o seu estudo na Holanda, com o objetivo de identificar os fatores associados à sobrecarga do cuidador em CIs adultos, destacando nas conclusões que, atenção especial deve ser dada aos cuidadores que prestam muitas horas de cuidados, bem como aqueles que têm uma perceção de saúde má e/ou experimentam sentimentos de solidão.

Na análise realizada às características associadas à prestação de cuidados, o tempo de duração enquanto cuidador(a) mostrou associação apenas com a satisfação com o papel e com o familiar alvo de cuidados, sugerindo que quanto maior o tempo de prestação de cuidados, menor o nível de insatisfação percebida. Mateus et al. (2019) apresentam resultados convergentes no seu estudo, indicando que, embora haja restrições à liberdade, mudanças nas dinâmicas familiares e alterações nas rotinas diárias, os Cuidadores Informais Familiares (CIFs) relatam satisfação decorrente do fortalecimento das relações afetivas com a pessoa idosa.

Já o número de horas diárias dedicadas ao cuidado apresentou mais relações com os indicadores de saúde. Verificaram-se correlações negativas fortes com a função física e a saúde geral, bem como correlações positivas moderadas com várias dimensões da sobrecarga, como as implicações na vida pessoal do CI, sobrecarga emocional, suporte familiar e sobrecarga financeira, dados que corroboram com os relatos mencionados no estudo de Duarte et al. (2024). Também, no estudo de Mendes et al. (2019) observou-se uma correlação positiva entre a quantidade de horas na semana com os domínios sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações e exigências e no score total do QASCI, ou seja, quanto maior a quantidade de horas do seu dia é dedicada ao cuidado do idoso acamado, maior é a sobrecarga percebida pelo cuidador.

No presente estudo, encontrou-se uma correlação positiva forte foi observada entre o número de horas de prestação de cuidados e a intensidade da dor percebida na região dos joelhos.

No presente estudo, a média da quantidade de anos dedicados à prestação de cuidados, foi de 6,66 anos (DP=6,91), o que também foi encontrado nos estudos realizados por Guerreiro et al. (2022), Rangel et al.(2019), Secinti et al. (2021), Mendes et al. (2019) e Silveiro (2023). No estudo desenvolvido por Valcárcel-Nazco et al. (2022), estes avaliaram o impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde e na percepção da sobrecarga de CI de longa duração, em seis países europeus. Na dimensão Autocuidado, concluíram que os cuidadores que desempenham entre 0 a 5 anos de cuidados têm 2,7 vezes mais hipóteses de apresentarem problemas ligeiros, entanto que essa probabilidade é cerca de 3,9 vezes maior para cuidadores que realizam entre 5 a 10 anos de cuidado. Concluíram ainda que cuidar do paciente por menos de 10 anos aumentou o risco 3,4 vezes de ter problemas graves ou extremos na dimensão de autocuidado, bem como na dimensão de atividades habituais. Num outro estudo, Jaracz et al. (2024) concluíram que a maior duração dos cuidados, o menor conhecimento dos cuidadores, doença mais grave da pessoa dependente e a ansiedade dos cuidadores foram os fatores preditores independentes de uma carga considerável 10 anos após o Acidente Vascular Cerebral.

Mateus et al. (2019) descrevem no seu estudo que as dificuldades no cuidar estão relacionadas com o desgaste físico, emocional/psicológico, considerando a limitação da liberdade e a alteração da dinâmica familiar, como sendo os maiores constrangimentos da vida pessoal. Identificar as dificuldades enfrentadas e desenvolver estratégias que promovam uma orientação e apoio mais eficazes pode envolver a criação de programas de competências pessoais voltados para a prestação de cuidados, bem como a promoção de grupos de entreatajuda (Mateus et al., 2019). Dixe & Querido (2020) destacam nas conclusões do seu estudo, que os resultados destacam o alerta aos enfermeiros para a necessidade de apostar mais na informação/formação do CI sobre como cuidar do seu familiar, e também para o acompanhamento e monitorização da sua saúde pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, a fim de prevenir a sua sobrecarga e melhorar a qualidade de cuidados. Nas conclusões do seu estudo, Chen et al. (2024), apontam para a necessidade de criar programas de formação personalizados, com base nas características dos CI e nos fatores que os influenciam, focando-se nas suas preferências, prioridades e mudanças dinâmicas ao longo do tempo.

Assim, partindo de uma perspetiva centrada no cuidador e nas suas necessidades percebidas, foi questionado aos cuidadores sobre a importância percebida de algumas atividades de autocuidado. Os dados obtidos revelam que as atividades consideradas mais significativas para a gestão do desgaste diário da prestação dos cuidados foram: ter apoio nos cuidados de higiene do familiar (80%, n=20), ter apoio financeiro (80%, n=20), ter alguém para ficar 2 horas por dia com o familiar (76%, n=19) e ter formação periódica sobre como cuidar do familiar (56%, n=14). Em contraste, atividades como fazer uma caminhada ou andar de bicicleta (48%, n=12) e ir tomar café ou lanchar/jantar com amigos (44%, n=11) foram consideradas menos prioritárias dentro deste nível de

importância. Estes resultados refletem uma maior valorização dos apoios práticos e estruturais no alívio da carga do cuidador, em comparação com as atividades de lazer pessoal e social. Estes resultados vão de encontro aos dados recolhidos por Sousa et al. (2024). No seu estudo, onde pretendiam analisar de que forma a literacia em saúde influencia a relação entre a satisfação com o suporte social e a sobrecarga do CI, com uma amostra de 51 CIs, os apoios que estes gostariam de ter, referidos por ordem de prioridade, foram o apoio económico (76,5%), o apoio informal ou social (complemento da 2ª pessoa) (49,0%), a melhoria de conhecimentos (23,5%) e o apoio psicológico/emocional (17,6%). As estratégias de coping usadas para reduzir os níveis de sobrecarga, a maioria (n=23) dos CIs reportavam a realização de trabalhos manuais e jardinagem. Duarte et al. (2024) descreve no seu estudo que, no que respeita às estratégias usadas pelos cuidadores, foram mencionadas soluções relacionadas com a prestação de cuidados, com a família/amigos, com o autocuidado e ainda foi relatado o recurso a apoio profissional ou institucional.

De acordo com alguns estudos, o risco de sobrecarga diminui se houver intervenção por parte dos profissionais de saúde junto dos cuidadores, respondendo às necessidades de informação e esclarecendo sobre os apoios disponíveis. Krutter et al. (2020) durante as entrevistas do seu estudo, descrevem que os cuidadores familiares frequentemente relataram sentir como se sua vida social estivesse limitada pelo afastamento social da pessoa com demência. Os investigadores concluíram que o apoio profissional em casa, de hora em hora, mostrou-se altamente relevante para prevenir o isolamento social e compensar a falta de lazer entre cuidadores da pessoa com demência. Moreira et al. (2024) sublinham que a intervenção dos profissionais de saúde, é um fator facilitador no processo de adaptação à função de cuidador e promove bem-estar psicológico dos CIs. Esta intervenção contribui e facilita este processo de adaptação ao papel de cuidador, com consequente reflexo na qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente. Sousa et al. (2024) evidenciou no seu estudo em Portugal, que o enfermeiro necessita implementar intervenções que visem melhorar os conhecimentos dos cuidadores, promover a literacia em saúde, o suporte social e as várias dinâmicas que permitam ao CI a partilha das suas experiências e o alcançar de um processo de transição de forma saudável. Os resultados do estudo realizado por Sousa et al. (2024) permitem concluir que existe sobrecarga nos CIs e que esta sobrecarga se relaciona com as dimensões: satisfação com os amigos, satisfação com a intimidade e satisfação com as atividades sociais. Neste estudo, um número considerável de CI revela sentir a falta de apoio económico e social, sendo por isso, segundo Sousa et al. (2024), urgente a criação de equipas de cuidados de saúde, que se desloquem ao domicílio para apoiar, informar e educar os CI, e assim, orientá-los na adoção de estratégias de coping como estratégia de diminuir a sobrecarga. Na literatura continuam a surgir estudos internacionais, como de Ding et al., (2024) e Jaracz et al. (2024) e nacionais de Befecadu et al. (2024) e Sousa et al. (2024), que mostram a necessidade de um acompanhamento contínuo dos cuidadores a longo prazo e um ajuste nas intervenções, de modo a aliviar a carga e promover o bem-estar tanto da pessoa com dependência, como dos cuidadores, em que uma estratégia de formação personalizada e um programa de intervenção imediato são essenciais para fornecer apoio eficaz aos CIs.

Em 2023, Moura et al. (2023) demonstraram em seu estudo a existência de um descompasso entre o conteúdo das políticas públicas e a realidade vivenciada pelos cuidadores, evidenciando uma falta de conhecimento sobre as medidas e serviços de apoio disponíveis. Os cuidadores identificaram a insuficiência de recursos e serviços educacionais, observando que os processos de aprendizagem ocorrem predominantemente em nível experiencial, de forma inconsciente, autónoma e com apoio limitado, o que pode acentuar desigualdades no âmbito do cuidado. Os cuidadores relataram a falta de informação sobre apoios existentes como uma dificuldade no desempenho do seu papel de cuidar, associado à falta de formação sobre a prestação dos cuidados, o que vai de encontro às necessidades percebidas pelos cuidadores do presente estudo.

Os CIs sofrem de lesões musculoesqueléticas consequentes à prestação de cuidados, o pelo facto de não possuírem formação sobre ergonomia, e também devido à carga de trabalho e aos fatores emocionais (Gujarro-Requena et al., 2022; Valcárcel-Nazco et al., 2022). Secinti et al. (2021) compararam cuidadores e não cuidadores no seu estudo e os dados revelam que uma maior proporção de cuidadores relatou sofrimento clinicamente significativo no que diz respeito à saúde mental (16%-22%) e à saúde física (14%-19%) em comparação com os não-cuidadores (10% e 12%), respetivamente. Em Portugal, Maciel dos Santos et al. (2023), revelaram no seu estudo que 66,7% dos cuidadores não considerou que o seu estado de saúde se tenha agravado desde que cuidava do idoso, mesmo que manifestassem dor musculoesquelética associada à prestação desses cuidados. Os resultados do presente estudo corroboram com os dados destes estudos, na medida em que todos os cuidadores manifestaram alguma dor musculoesquelética, em uma ou mais zonas das nove regiões corporais avaliadas no presente estudo. Observou-se uma redução na frequência de sintomas reportados nos últimos 7 dias, em comparação com os sintomas verificados nos últimos 12 meses, este padrão poderá indicar uma possível atenuação dos sintomas ao longo do tempo, mas não foi possível encontrar na literatura dados semelhantes. No entanto, uma proporção considerável da amostra continuou a apresentar queixas recentes. No estudo de Mendes et al. (2019), dos 208 cuidadores, 77,9% afirmaram ter dores no corpo. Dos quais 66,7% apresentavam queixas de dores na coluna, 56,2% relataram que elas surgiram após o idoso ficar acamado e 69,1% que as dores permaneciam após a realização dos cuidados. Dos 208 cuidadores, 59,6% relataram sentir modificações no seu corpo e na saúde após assumirem o papel de cuidador.

No presente estudo as regiões corporais mais frequentemente afetadas ao longo dos últimos 12 meses foram a região lombar (n=21; 84%), o pescoço (n=15; 60%), os joelhos (n=14; 56%), os ombros (n=13; 52%) e as ancas/coxas (n=13; 52%). Entre estas, a região lombar destacou-se não só pela sua elevada prevalência, como também pelo impacto funcional associado (n =16; 64%) e pela manutenção dos sintomas nos últimos 7 dias (n=15; 60%). Adicionalmente, esta região registou a maior intensidade média de dor (M= 3,52; DP = 3,029). Estes dados obtidos no presente estudo, são semelhantes ao estudo de Figueiredo et al. (2022) no Brasil, em que nos CIs estudados quanto à sintomatologia musculoesquelética nos vários segmentos corporais, nos últimos 12 meses, a queixa mais elevada foi registada na dor lombar, seguida da dor na cervical, dor nas pernas/joelhos,

dor nos ombros e dor nas ancas/coxas. Também, no estudo de Maciel dos Santos et al. (2023), os cuidadores apresentavam dor musculoesquelética com maior prevalência na região lombar (73,3%) com valor médio na escala numérica de dor (END) de 5,3 ($\pm 3,92$); segue-se o pescoço (60%), a região dos punhos/mãos (60% dos casos), ombros (53,3%), ancas/coxas (com 40%), joelhos (33,3%), tornozelos/pés (26,7%); cotovelos (20%) e finalmente a região torácica (13,3%).

No presente estudo a região lombar é a região mais afetada, seja pela frequência de queixas, seja pela intensidade, em contraste, regiões como a região torácica e os cotovelos apresentaram as menores percentagens de queixas, assim como intensidades médias de dor mais baixas, sugerindo um impacto clínico e funcional reduzido nessas áreas o que corrobora com os estudos de Figueiredo et al. (2022) e Maciel dos Santos et al. (2023). Em 2021 no Brasil, Maia Junior et al. (2021), avaliaram a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos mais frequentes em 40 CIs de idosos dependentes no domicílio, aplicando o Questionário Nórdico Musculoesquelético. E também neste estudo os resultados mostram que 97,5% (n=39) dos CIs relatavam sintomas musculoesqueléticos, em pelo menos uma parte do corpo nos últimos 12 meses e região do corpo, mais afetada por estes sintomas, é a parte inferior das costas (72,5%), sendo esta a região corporal, com os sintomas mais incapacitantes e que impedem 42,5% dos cuidadores de realizarem suas tarefas normais, tal como no presente estudo.

Relativamente à intensidade da dor em algumas regiões do corpo (por exemplo, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés), o presente estudo revelou associações negativas com a saúde geral e a vitalidade. Destacou, ainda, que a intensidade da dor em áreas como a região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés apresentou correlações positivas fortes com os níveis autorreportados de sobrecarga emocional. No estudo de Valcárcel-Nazco et al. (2022), os cuidadores também autorreferiram problemas moderados, graves ou extremos nas dimensões Dor/Desconforto ou Ansiedade/Depressão, evidenciando a relação encontrada no presente estudo, entre a dor e a sobrecarga emocional, com piores níveis de saúde geral e vitalidade. Mateus et al. (2019) apresentam dados similares no seu estudo, observando que o desgaste físico e emocional/psicológico é identificado como a principal dificuldade enfrentada pelos cuidadores no exercício de suas funções.

No estudo referido anteriormente, os investigadores Maia Junior et al. (2021) destacam que os equipamentos de proteção são muito pouco conhecidos pelos CIs e é importante que seu uso seja divulgado, incentivado e ensinado aos cuidadores, de forma preventiva, sendo este um ponto para reflexão por parte dos profissionais de saúde que trabalham e atendem os cuidadores de idosos. Segundo Maia Junior et al. (2021), sintomas osteomusculares podem resultar na incapacidade do cuidador em desempenhar funções de cuidado, o que compromete diretamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida tanto do idoso dependente quanto do próprio cuidador. Na literatura encontra-se evidências significativas sobre os benefícios de programas desenvolvidos por EEER e no seu contributo na prevenção das lesões musculoesqueléticas (LME). De acordo com o estudo realizado por Matos & de Araújo (2021), os dados indicam que 80% dos participantes não apresentavam sintomas musculoesqueléticos antes de iniciarem os

cuidados. Além disso, foi observado que todos os cuidadores informais analisados (100%), antes das sessões teórico-práticas realizadas em domicílio, não evitavam esforços associados a movimentos bruscos, frequentes, repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio ou deslizamento; também não evitavam o uso dos músculos das costas ao levantar o paciente (não utilizavam os músculos das pernas nem realizavam movimentos de impulsão) e não praticavam exercícios de alongamento antes das tarefas de movimentação manual de pacientes (Matos & de Araújo, 2021). Após sessões verificaram a melhoria de quinze dos vinte itens observados. Assim, os investigadores sugerem a criação de um instrumento para avaliar as queixas musculoesqueléticas, os hábitos posturais dos CIs e a aposta na validação de programas formativos teórico-práticos direcionados aos CI de pessoas dependentes sobre prevenção de LME, pelos EEER, com ênfase para a execução dos exercícios preventivos das LME. Maciel dos Santos et al. (2023), concluíram que um programa de enfermagem de reabilitação influenciou favoravelmente na capacitação dos cuidadores informais para o autocuidado do idoso dependente por acidente vascular cerebral, no domicílio, reforçando o papel fundamental da intervenção individualizada do EEER. No estudo quase-experimental de Pinto et al. (2023) foi verificado que após intervenção de EEER, os CIs melhoraram os conhecimentos relacionados com a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente, com ganhos médios significativos no equilíbrio e autonomia do doente com dependência. Os investigadores concluíram que as pessoas em contexto domiciliário, possuindo um grau elevado de dependência, podem ter de cuidados básicos ligados ao equilíbrio estático sentado, através da capacitação do respetivo CI, refletindo-se em ganhos no equilíbrio e autonomia.

A sobrecarga do cuidar estende-se para além da fase imediata do evento que motivou a dependência, pelo que deve ser dada mais atenção aos cuidadores a longo prazo, identificando aqueles que enfrentam maior sobrecarga e oferecendo suporte adequado (Jaracz et al., 2024). A intervenção pode proporcionar aos cuidadores mais tempo para si próprios, o que facilita a manutenção de relações sociais e o fortalecimento de recursos emocionais importantes, ajudando-os a lidar com os desafios diários do cuidado (Jaracz et al., 2024; Sousa et al., 2024). A literatura sugere criar equipas de cuidados de saúde que se desloquem ao domicílio para identificar os cuidadores significativamente sobrecarregados com responsabilidades de cuidado, apoiar, informar e educar os CI, orientando-os para a adoção de estratégias de coping de modo a reduzir a sobrecarga, especialmente dado que os cuidadores familiares são parceiros essenciais nos cuidados de enfermagem a indivíduos com condições crónicas de saúde (Befecadu et al., 2024; Jaracz et al., 2024; Sousa et al., 2024). De forma sucinta, segundo Jaracz et al. (2024), é necessário um acompanhamento contínuo dos cuidadores a longo prazo e um ajuste nas intervenções, de forma a aliviar a carga e promover o bem-estar tanto dos pacientes como dos cuidadores.

O cuidar de um familiar dependente pode ter um impacto negativo na saúde física, emocional e vida profissional do prestador de cuidados (Koopman et al., 2020; Kuharic et al., 2024; Valcárcel-Nazco et al., 2022). O exercício desta função pode resultar em sobrecarga e exaustão, conforme evidenciado pelo estudo de Rangel et al. (2019), que

analisou 63 cuidadores familiares de idosos com dependência funcional e identificou que 85,7% apresentavam níveis extremamente elevados de sobrecarga. Da mesma forma, no estudo de Duarte et al. (2024), os participantes relataram, ao serem questionados sobre os sentimentos associados ao cuidado, predominantemente sensações negativas, como cansaço físico e psicológico, impotência, desgaste, ansiedade, medo e preocupação, sensação de anulação, dúvidas, desmotivação e incerteza quanto à conduta apropriada. Foram também descritos relatos de esgotamento/burnout, tristeza e depressão, bem como sentimentos de frustração por considerarem não conseguirem assumir o papel de cuidador da forma que desejavam.

No presente estudo a maioria dos cuidadores apresenta um nível de sobrecarga moderado, sendo as pontuações mais elevadas em dimensões como implicações na vida pessoal, sobrecarga emocional e sobrecarga financeira. Os dados obtidos corroboram com os resultados de um estudo analítico, transversal, desenvolvido por Mendes et al. (2019), com 208 cuidadores, em que consideraram significativa a sobrecarga nos domínios “sobrecarga emocional”, “implicações na vida pessoal”, “sobrecarga financeira”, “reações e exigências” e no score total do QASCI e os cuidadores com maior sobrecarga foram aqueles que manifestam uma pior saúde subjetiva. No estudo de Hipólito et al. (2020) também as subescalas “implicações na vida pessoal” e “sobrecarga emocional” foram aquelas com os valores medianos mais elevados. No mesmo estudo, metade dos CIs participantes (n = 26, 52%) apresentavam níveis moderados ou altos de sofrimento, pelo que as dimensões com mais pontuação (“implicações na vida pessoal”, “sobrecarga emocional”, “apoio familiar” e “perceção de eficácia” e “mecanismos de controle”), foram as que contribuíram para o sofrimento dos cuidadores. Em Portugal, Silveiro (2023) num estudo observacional transversal, integrando uma amostra de 50 CIs principais com mais de 6 meses, revelou que a média da sobrecarga dos CIs, no QASCI foi de 81,08 (DP=21,33), sendo que o domínio mais afetado na vida dos CIs foi o das “implicações na vida pessoal”, seguido da “sobrecarga emocional”, sendo que o menos afetado foi o da “satisfação com o papel e com o/a familiar”, apresentando aspetos similares aos do presente estudo.

Relativamente, às correlações entre os indicadores de saúde, os resultados do presente estudo, apontaram para associações negativas moderadas a fortes entre domínios do estado de saúde e as dimensões da sobrecarga, tal como estudo de Vrettos et al. (2023). Pontuações mais elevadas em indicadores de sobrecarga, como sobrecarga emocional, insatisfação com o suporte familiar e sobrecarga financeira, estiveram transversalmente associadas a pior saúde geral, menor vitalidade, pior função social e pior saúde mental (Guijarro-Requena et al., 2022; A. Soares et al., 2022). Resultados menos positivos na perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo associaram-se igualmente a piores níveis de saúde geral, vitalidade e saúde mental (Driehuis et al., 2024).

A sobrecarga está assim relacionada com a menor qualidade de vida do cuidador e com o aumento da morbilidade, tanto do cuidador como da pessoa idosa cuidada, como é referido em vários estudos (García-Mochón et al., 2019; Guijarro-Requena et al., 2022; Kuharic et al., 2024; Valcárcel-Nazco et al., 2022). No presente estudo, os dados

descritivos indicaram ainda que a funcionalidade dos cuidadores se apresentava baixa a moderada e relativamente ao estado de saúde, avaliado através do SF-36v2, observaram-se pontuações mais reduzidas nos domínios da vitalidade, saúde geral e saúde mental, refletindo um impacto negativo na qualidade de vida.

As análises de correlação bivariadas revelaram associações moderadas a fortes entre a idade e vários domínios da avaliação do estado global de saúde e da sobrecarga do cuidador. Foram identificadas correlações negativas fortes com a função física, saúde geral e função social, sugerindo que o aumento da idade esteve associado a piores resultados nesses domínios. O estudo revelou também, uma relação negativa entre a idade dos cuidadores e o componente físico da qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores.

No que respeita à sobrecarga associada ao cuidado, observaram-se correlações positivas fortes com o suporte familiar e a sobrecarga financeira, bem como correlações positivas moderadas com as implicações na vida pessoal do CI, reações e exigências, e sobrecarga emocional, o que sugeriu um aumento da sobrecarga com o avançar da idade. De forma global, a idade não evidenciou associações relevantes com os indicadores relacionados com a perceção da intensidade da dor musculoesquelética, com exceção da dor na região dos tornozelos/pés, que pareceu aumentar com a idade. No seu estudo Mendes et al. (2019), a idade do cuidador correlacionou-se de forma positiva com os domínios mecanismo de eficácia e controle e satisfação com o papel e com o familiar, ou seja, quanto maior a idade do cuidador, maior a sobrecarga percebida nesses aspetos.

Apesar das limitações do presente estudo, inerentes ao tamanho da amostra e ser um estudo transversal, inviabilizar a generalização dos resultados, podem retirar-se algumas conclusões relevantes sobre a caracterização dos CIs e as suas necessidades percebidas. As necessidades dos cuidadores serão transitórias e determinadas pelas condições e pelo contexto. Estudos qualitativos e longitudinais podem ajudar à compreensão da sobrecarga do CI, nas várias dimensões do problema e implicações para o seu papel.

Considera-se importante a divulgação deste trabalho como partilha de conhecimento científico, como contribuição para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação ao CI da pessoa dependente, através de uma atitude crítica e reflexiva que oriente a ação, enquanto agente de mudança, não apenas pelas competências técnicas, mas também pelas competências relacionais.

9. CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, tal como por toda a Europa, Portugal tem sofrido profundas transformações demográficas. O envelhecimento crescente da população produz um forte impacto sobre a sociedade, exigindo adaptações e respostas em diversos níveis (Direção Geral de Saúde, 2017). Na área da saúde, implicará novos desafios para a organização dos serviços e dos cuidados (Campos & Simões, 2011; Direção Geral da Saúde, 2021), pelo que o CI terá um papel fundamental. Mas a tarefa contínua e exigente dos cuidados ao familiar dependente, com baixos recursos financeiros, técnicos e sociais, leva à sobrecarga física, emocional, psicológica e social da pessoa que cuida.

Com o presente trabalho de investigação pretendeu-se conhecer as características e as necessidades percebidas destes CIs, principalmente, avaliando os seus níveis de sobrecarga e prevalência de lesões músculo-esqueléticas e relacionando-os com os seus níveis de saúde, de forma a ir ao encontro das reais necessidades de apoio, formação e treino, nomeadamente para a intervenção dos EER através de programas específicos às necessidades dos CIs.

Com base na revisão da literatura e com fundamento nos resultados da amostra estudada nesta investigação, considera-se que o CI apresenta-se no feminino, familiar por parentesco ou afinidade, na sua maioria com idade superior a 60 anos, cujo nível educacional compreende, pelo menos, o ensino básico. Aproximadamente, a um terço está empregada, sendo este um dado sociodemográfico significativo pelas implicações no cuidado e na saúde. Mais de metade dos cuidadores partilhavam a responsabilidade na prestação de cuidados com a equipa de apoio domiciliário e com a família. No entanto, nos cuidadores que referiam ser a única pessoa responsável pelos cuidados ao familiar dependente, o cuidar sem ajuda mostra ter repercussões na saúde. Este estudo apresenta dados relativos à saúde geral percebida, vitalidade, sobrecarga emocional e intensidade da dor em regiões como os tornozelos/pés, com diferenças estatisticamente significativas, quando comparadas com CIs que partilhavam a responsabilidade no cuidar.

Quanto à perspetiva do cuidador, foi demonstrada a importância percebida de algumas atividades de autocuidado e de gestão do desgaste diário. As atividades consideradas mais significativas estão relacionadas com o apoio nos cuidados diretos ao familiar dependente (como os cuidados de higiene) e com o apoio financeiro, enquanto as atividades relacionadas com o lazer e o autocuidado do próprio cuidador foram consideradas menos prioritárias. Estes resultados refletem uma maior valorização dos apoios práticos e estruturais no alívio da carga do cuidador, em comparação com as atividades de lazer pessoal e social, na amostra estudada.

Tal como na literatura, relativamente às horas despendidas no cuidar, neste estudo com uma média por dia de 16,5 horas, foram reveladas correlações negativas fortes com a função física e a saúde geral, bem como correlações positivas moderadas com várias dimensões da sobrecarga, como as implicações na vida pessoal do CI, sobrecarga emocional, suporte familiar e sobrecarga financeira. Também foi encontrada uma

correlação positiva forte foi observada entre o número de horas de prestação de cuidados e a intensidade da dor percebida, nomeadamente na região dos joelhos.

No presente estudo, os cuidadores apresentam um nível de sobrecarga moderado, sendo as pontuações mais elevadas em dimensões como implicações na vida pessoal, sobrecarga emocional e sobrecarga financeira. Estas dimensões, associadas ainda com insatisfação com o suporte familiar estiveram transversalmente associadas a pior saúde geral, menor vitalidade, pior função social e pior saúde mental. Também, os resultados menos positivos na perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo associaram-se igualmente a piores níveis de saúde geral, vitalidade e saúde mental.

Os dados descritivos deste estudo indicaram ainda que a funcionalidade dos cuidadores se apresentava baixa a moderada e relativamente ao estado de saúde, avaliado através do SF-36v2, observaram-se pontuações mais reduzidas nos domínios da vitalidade, saúde geral e saúde mental, refletindo um impacto negativo na qualidade de vida. Existem correlações negativas fortes com a função física, saúde geral e função social, sugerindo que o aumento da idade esteve associado a piores resultados nesses domínios e havendo também um aumento da sobrecarga associado. Observaram-se correlações positivas fortes com o suporte familiar e a sobrecarga financeira, bem como correlações positivas moderadas com as implicações na vida pessoal do CI, reações e exigências e sobrecarga emocional.

Relativamente às lesões musculoesqueléticas, os resultados do presente estudo revelam que todos os cuidadores relataram alguma dor musculoesquelética, em uma ou mais zonas, das nove regiões corporais avaliadas. As regiões corporais mais frequentemente afetadas ao longo dos últimos 12 meses foram a região lombar, seguido do pescoço e dos joelhos e depois os ombros e as ancas/coxas. Entre estas, a região lombar destacou-se pela elevada prevalência, pela maior intensidade média de dor, pelo impacto funcional associado e pela persistência dos sintomas nos últimos 7 dias. Ao analisar a intensidade da dor, este estudo evidenciou associações negativas com a saúde geral e a vitalidade, no caso de dor nas regiões como as ancas/coxas, os joelhos e os tornozelos/pés. Destacou ainda, que a intensidade da dor na região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos/pés apresentou correlações positivas fortes com os níveis autorreportados de sobrecarga emocional.

Esta investigação orienta para a importância da realização de estudos que permitirão identificar as necessidades específicas dos CIs, o que possibilitará um melhor planeamento dos cuidados e esse deverá ser o foco dos enfermeiros. Na literatura encontra-se evidências significativas sobre os benefícios de programas desenvolvidos por EEER e no seu contributo na prevenção das LME (Maciel dos Santos et al., 2023; Matos & de Araújo, 2021; Pinto et al., 2023). A intervenção do EEER, perante situações de elevado grau de dependência, deverá ter como base o conhecimento sobre o CI, o treino de capacidades e habilidades deste e a informação sobre a prevenção de complicações e sobre os recursos institucionais, técnicos e materiais/equipamentos disponíveis, capazes de facilitar o processo de cuidar no domicílio.

Assim, refletindo sobre os dados obtidos e as informações pesquisadas na literatura, este estudo sublinha a importância da criação de programas que proporcionem mecanismos facilitadores e de suporte aos CIs, atendendo às suas necessidades e às do seu familiar dependente, e considerando o contexto de cuidado no domicílio, com o objetivo de preservar o bem-estar físico e emocional do CI e assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Agência Lusa. (2024). Portugal tem quase 15 mil cuidadores informais e a maioria são mulheres. *Observador*.
- Andrade, F. M. M. de. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Fernanda%20Maria%20Mendes%20de%20Andrade.pdf>
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. de L. D., & Santos, N. O. dos. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 147–156. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>
- Befecadu, F. B. P., Gonçalves, M., Fernandes, C., Laranjeira, C., dos Anjos Dixe, M., Querido, A., Pautex, S., Larkin, P. J., & Da Rocha Rodrigues, G. (2024). The experience of hope in dyads living with advanced chronic illness in Portugal: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01528-x>
- Bertini, G. S. (2017). *Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes de um serviço de atenção domiciliar* [Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.22.2017.tde-04052017-193103>
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 307(4). <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>
- Bicalho, C. S., Lacerda, M. R., & Catafesta, F. (2008). REFLETINDO SOBRE QUEM É O CUIDADOR FAMILIAR. *Cogitare Enfermagem*, 13(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v13i1.11972>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC* (Formasau, Ed.).
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa* (1ª). Almedina.
- Canonoci, A. P., Andrade, L. P. de, Gobbi, S., SANTOS-GALDUROZ, R. F., Gobbi, L. T. B., & Stella, F. (2012). Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: a controlled trial on the benefits of motor intervention. *Psychogeriatrics*, 12(3), 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2012.00407.x>
- Cardoso, M. J. da S. P. de O. (2011). *Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado*. [Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9756/1/101293526.pdf>
- Chang, K.-C., Liao, Y.-H., Lee, H.-C., Wu, C.-Y., Yen, C.-L., Lin, P.-L., Hung, J.-W., Huang, Y.-C., Chou, M.-C., Li, Y.-H., & Lin, H.-M. (2020). Musculoskeletal disorders, psychosocial stress and associated factors among home-based migrant care workers. *Work*, 65(3), 647–659. <https://doi.org/10.3233/WOR-203119>
- Chen, L., Xiao, L. D., & De Bellis, A. (2016). First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 73–84. <https://doi.org/10.1111/jan.12819>

- Chen, Q., Zhang, H., Yuan, S., Liu, W., & Lyu, T. (2024). Perceived Training Needs of the Informal Caregivers of Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Switzerland)*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232369>
- Chiao, C. -Y., Wu, H. -S., & Hsiao, C. -Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida* (1ª). Lidel.
- da Graça Duarte, M., Alves, T., Ribeirinho, C., & Alves, S. (2024). Being an informal caregiver in palliative care. *Motricidade*, 20(1), 29–35. <https://doi.org/10.6063/motricidade.33968>
- Ding, Y., Xu, J., Liang, Q. Y., Zheng, J. Q., Wang, F., Lin, Y., Wang, D. Y., & Su, J. (2024). Effects of a nurse-led motor function rehabilitation training program for patients with ischemic stroke and family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08392-3>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional Saúde 2021-2030*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2017). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Dixe, M., & Querido, A. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 3). <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Driehuis, E., Janse, R. J., Roeterdink, A. J., Konijn, W. S., Van Lieshout, T. S., Vogels, T. J. F. M., Goto, N. A., Broese Van Groenou, M. I., Dekker, F. W., Van Jaarsveld, B. C., & Abrahams, A. C. (2024). Informal caregiver burden in dialysis care and how it relates to patients' health-related quality of life and symptoms. *Clinical Kidney Journal*, 17(11). <https://doi.org/10.1093/ckj/sfae300>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.Pdf
- Estatuto Do Cuidador Informal, Pub. L. No. Lei n.º 100/2019, Diário da República, 1.ª série nº171 (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>
- Eurocarers – European Association Working for Carers. (2020). *About Carers*. <https://Eurocarers.Org/about-Carers/>
- Feinberg, J. L., Russell, D., Mola, A., Bowles, K. H., & Lipman, T. H. (2017). Developing an Adapted Cardiac Rehabilitation Training for Home Care Clinicians. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 37(6), 404–411. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000228>
- Ferreira, P. L. (2000a). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1–2), 55–66. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.1760>

- Ferreira, P. L. (2000b). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II -- Validation tests. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119–127.
- FFMS. (2021). *Censos 2021*. <https://www.pordata.pt/Censos/Resultados/Populacao-Portugal-1075>.
- FFMS. (2023). *Índice de Envelhecimento*. Pordata. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (Climepsi Editores, Ed.).
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, 31–55. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12776/9267>
- 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*, VOL. 26, N.o 1, 15–24. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95293/1/02.pdf>
- Figueiredo, L. C., Gratão, A. C. M., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Pelegrini, L. N. de C., & Sato, T. de O. (2022). Musculoskeletal symptoms in formal and informal caregivers of elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0249>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fortmann, A. L., Gallo, L. C., Garcia, M. I., Taleb, M., Euyoque, J. A., Clark, T., Skidmore, J., Ruiz, M., Dharkar-Surber, S., Schultz, J., & Philis-Tsimikas, A. (2017). Dulce Digital: An mHealth SMS-Based Intervention Improves Glycemic Control in Hispanics With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 40(10), 1349–1355. <https://doi.org/10.2337/dc17-0230>
- García-Mochón, L., Peña-Longobardo, L. M., del Río-Lozano, M., Oliva-Moreno, J., Larrañaga-Padilla, I., & García-Calvente, M. del M. (2019). Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin? The CUIDAR-SE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4378. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224378>
- Guerreiro, C. M., Gemito, M. L., Caldeira, E. V., Coelho, A. P., & Moita, E. R. (2022). SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(2), 225. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).560.225-239](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).560.225-239)
- Guijarro-Requena, M. D., Marín-Campaña, M. N., Pulido-Lozano, M. I., Romero-Carmona, R. M., & Luque-Romero, L. G. (2022). Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educacionales. *Enfermería Global*, 21(1), 43–73. <https://doi.org/10.6018/eglobal.478351>
- Hipólito, N., Ruivo, A., Martins, S., Dinis, B., Flora, S., Marques, A., Brooks, D., Silva, C. G., Januário, F., Silva, S., & Cruz, J. (2020). Relationship between Distress Related to Caregiver Burden and Physical Activity in Informal Caregivers of Patients with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(5), 562–567. <https://doi.org/10.1080/15412555.2020.1799964>

- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1581–1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Hsieh, P.-L., LEE, Y.-C., YANG, S.-Y., LIN, Y.-L., & HUANG, Y.-R. (2021). Association between work content and musculoskeletal disorders among home caregivers: a cross-section study. *Industrial Health*, 60(6), 2021–0160. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2021-0160>
- INE. (2023, November 29). *ESPERANÇA DE VIDA AOS 65 ANOS – Dados provisórios 2021-2023*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiwtq7otPmEAXV5gv0HHduzBCUQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D639179524%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usq=AOvVaw2ojHcvePS-vW_37Hp4HnEi&opi=89978449
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais e Escalão de tempo gasto semanalmente na prestação de cuidados informais 2019*. https://www.ine.pt/Xportal/Xmain?Xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008933&selTab=tab0&xlang=pt. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/printable.jsp?id=wGaOuP_NW5_RE0qYOcq4XDEt7t6-c7eUjn81Z4_8790&lingua_cd=PT
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Jaracz, J., Moczko, J., Kleka, P., Pawlicka, A., & Górna, K. (2024). Caregiver burden after stroke: a 10-year follow-up study of Polish caregivers for stroke patients. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02251-x>
- Khamaj, A. M., Ali, A. M., & Alam, M. M. (2022). Investigating factors affecting musculoskeletal disorders: Predictive models for identifying caregivers at risk. *Work*, 72(4), 1311–1320. <https://doi.org/10.3233/WOR-210309>
- Koopman, E., Heemskerk, M., Beek, A. J., & Coenen, P. (2020). Factors associated with caregiver burden among adult (19–64 years) informal caregivers – An analysis from Dutch Municipal Health Service data. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1578–1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12982>
- Krutter, S., Schaffler-Schaden, D., Essl-Maurer, R., Wurm, L., Seymer, A., Kriechmayr, C., Mann, E., Osterbrink, J., & Flamm, M. (2020). Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting. *Age and Ageing*, 49(2), 199–207. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz165>
- Kuharic, M., Sharp, L. K., Turpin, R. S., Mulhern, B., Lee, T. A., Grace Rose, C. E., Monteiro, A., & Pickard, A. S. (2024). Care recipient self-perceived burden: Perspectives of individuals with chronic health conditions or personal experiences with caregiving on caregiver burden in the US. *SSM - Qualitative Research in Health*, 5, 100398. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100398>
- Kühnel, M. B., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Fegg, M., & Hodiament, F. (2020). Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5185–5193. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05288-w>

- Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, Pub. L. No. Lei n.º52/2012, de 5 de Setembro, Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05 5119 (2012). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Leitão, G. C. M., & Almeida, D. T. (2000). O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), 80–85. https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-2100200000013000331/1982-0194-ape-S0103-2100200000013000331.pdf
- Llamas-Ramos, R., Barrero-Santiago, L., Llamas-Ramos, I., & Montero-Cuadrado, F. (2022). Effects of a Family Caregiver Care Programme in Musculoskeletal Pain and Disability in the Shoulder-Neck Region—A Randomised Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 376. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010376>
- Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados* (Imprensa da Universidade de Évora, Ed.). Coleção: Claustro. <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/download/24/22/57-1?inline=1>
- Maciel dos Santos, A. S., Fonseca, M. J., Gomes, J., Soares, S., & Ribeiro, C. (2023). THE INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE IN THE TRAINING OF THE INFORMAL CAREGIVER OF THE DEPENDENT ELDERLY PERSON DUE TO STROKE: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>
- Maia Junior, L., Sá, S. P. C., Christovam, B. P., Domingos, A. M., Correia, D. M. da S., & Maia, H. M. S. F. (2021). Distúrbios osteomusculares em cuidadores de pessoas idosas domiciliados: Prevalencia e seus fatores associados. *Research, Society and Development*, 10(10), e13101018449. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18449>
- Maillox-Poirier, D., & Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas - Uma abordagem geral*. Lusodidacta.
- Martins, M. do R. O., Rodrigues, I. C., & Rodrigues, T. F. (2014). Projecting Health Outcomes for Portuguese Ageing Population: Challenges and Opportunities. *Health*, 06(14), 1874–1882. <https://doi.org/10.4236/health.2014.614220>
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores* (Formação e Saúde Lda, Ed.).
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*, 11, 17–31.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). *ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA PARA CUIDADORES INFORMAIS* (Vol. 4, Issue 1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36240109>
- Mateus, M. do N., Cristina, S., & Fernandes, B. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes Resilience of informal family caregivers of elderly dependents. *Eduser - Revista Educação*, 11(1), 2019. <http://www.eduser.ipb.pt>
- Matos, M. J., & de Araújo, C. (2021). PREVENTION OF MUSCULOSKELETAL INJURIES IN INFORMAL CAREGIVERS OF DEPENDENT PATIENTS AT HOME: Intervention of the nurse specialist in Rehabilitation Nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1033–1038. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.16.78193>
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. do L. F., Santos, A. M. R. dos, Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87–94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Mendes, S. P. (2011). *Avaliação do estado subjectivo de saúde: utilização de questões singulares por diferentes modos de administração*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21908/2/MESTRADO%20EM%20SADE%20PBLICA.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0331-0>
- Moreira, C., Barroso, I., da Conceição Pereira, M., Monteiro, M. J., & Caramelo, A. (2024). Psychological well-being in informal caregivers. *Motricidade*, 20(1), 23–28. <https://doi.org/10.6063/motricidade.33947>
- Moreira, K. L. de A. F., Ábalos-Medina, G. M., Villaverde-Gutiérrez, C., Gomes de Lucena, N. M., Belmont Correia de Oliveira, A., & Pérez-Mármol, J. M. (2018). Effectiveness of two home ergonomic programs in reducing pain and enhancing quality of life in informal caregivers of post-stroke patients: A pilot randomized controlled clinical trial. *Disability and Health Journal*, 11(3), 471–477. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.01.003>
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *Estudo sobre percepção dos portugueses sobre cuidadores informais*. https://Movimentocuidadoresinformais.Pt/Wp-Content/Uploads/2021/04/Cuidadores-Informais_infografia_A4.Pdf
- OCDE. (2021). *Health for the People, by the People : Building People-centred Health Systems*. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c259e79a-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/c259e79a-en&_csp_=e30c250b05052d4713703488884a9ef6&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República 2ª Série - nº85* (Regulamento n.º 392/2019). www.dre.pt
- Pereira, I. C. B. F., & Silva, A. A. P. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Percepção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*, 16(nº1). <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Pereira%2C+I.%2C+%26+Silva%2C+A.+%282012%29.+Ser+Cuidador+Familiar%3A+A+Perce%2C%27%2C%27+do+Exerc%2C%27%2C%27+do+Papel.+Pensar+Enfermagem%2C+16%281%29+pp.+42-54.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. FORMASAU, Formação e Saúde.
- Pinto, D., Magalhães, S., & Ferreira, S. (2023). INFORMAL CAREGIVER TRAINING IN APPROACHING THE BODY BALANCE OF LONG-TERM CARE USERS AT HOME.

Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 6(2).
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.365>

- Rangel, R. L., Dos Santos, L. B., Santana, E. dos S., Marinho, M. dos S., Chaves, R. N., & Reis, L. A. dos. (2019). AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(60).
<https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5564>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Pub. L. No. Decreto-Lei n.º 101/2006, Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06 (2006).
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-69895072>
- Regadas, S., & Marques, G. (2012). A enfermagem e as famílias prestadoras de cuidados. In J. C. et al. (Eds.) In CARVALHO (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* ESEP.
https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 25–36.
<https://doi.org/10.12707/RIII12162>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.009>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *AJN, American Journal of Nursing*, 108(9), 23–27.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Secinti, E., Lewson, A. B., Wu, W., Kent, E. E., & Mosher, C. E. (2021). Health-Related Quality of Life: A Comparative Analysis of Caregivers of People With Dementia, Cancer, COPD/Emphysema, and Diabetes and Noncaregivers, 2015–2018 BRFSS. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(11), 1130–1143. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab007>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1º). Lidel Edições Técnicas.
https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/323323078_Cuidar_de_Idosos_com_dependencia_Fisica_e_Mental_2_edicao/links/5a8dff7aa6fdcc808c0f10cf/Cuidar-de-Idosos-com-dependencia-Fisica-e-Mental-2-edicao.pdf
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3–4), 491–500.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12108>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e Prática* (Lidel, Ed.; 1ª). Lidel.
- Silveiro, S. C. G. F. (2023). *Perfil do cuidador informal principal da pessoa adulta com acidente vascular cerebral em Portugal com mais de 6 meses de experiência* [Dissertação Mestrado em Prática Avançada de Fisioterapia em Neurologia, Instituto Politécnico de Setúbal].
<http://hdl.handle.net/10400.26/48649>
- Soares, A., Nunes, I., & Silva, C. (2022). Empowerment of the Person with Neurological Disorders and Caregiver at Home: Gains Sensitive to the Contributions of Rehabilitation Nursing Care - Systematic Literature Review. In *Gerontechnology IV - Contributions to the*

Fourth International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2021, November 23–24, 2021, Évora, Portugal (pp. 286–295). https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_27

- Soares, G. M., Bouça-Machado, R., Abreu, D., & Ferreira, J. J. (2023). Contributory Factors to Caregiver Burden in Parkinson's Disease. *Movement Disorders Clinical Practice, 10*(10), 1507–1518. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13868>
- Sousa, C. M. T. F., Ferreira, L. F. B. M., Pires, P. M. R. P., da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, M., & da Costa Barroso, I. M. A. R. (2024). Health literacy of caregivers for caring in a family context. *Motricidade, 20*(1), 87–93. <https://doi.org/10.6063/motricidade.33996>
- Sullivan, A. B., & Miller, D. (2015). Who is Taking Care of the Caregiver? *Journal of Patient Experience, 2*(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/237437431500200103>
- Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2016). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 33*(3), 178–186. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i3.12160>
- Valcárcel-Nazco, C., Ramallo-Fariña, Y., Linertová, R., Ramos-Goñi, J. M., García-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2022). Health-Related Quality of Life and Perceived Burden of Informal Caregivers of Patients with Rare Diseases in Selected European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(13), 8208. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138208>
- Valencia, M. C., Meza-Osnaya, G., Pérez-Cruz, I., Cortes-Campero, N., Hernández-Ovalle, J., Hernández-Paredes, P., Juárez-Romero, K., Chino-Hernández, B., & Romero-Figueroa, M. S. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial, 32*(4), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003>
- Vogt, M. S. L., Gonçalves, M. P., & Silveira, D. (2009). Ações para Capacitação de Cuidadores em Unidades de Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia, 12*, 93–101. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4416/2988>
- Vrettos, I., Anagnostopoulos, F., Voukelatou, P., Panayiotou, S., Kyvetos, A., Nikas, A., Kollia, D., & Niakas, D. (2023). Factors associated with health-related quality of life of informal caregivers of older patients and the mediating role of subjective caregivers' burden. *Psychogeriatrics, 23*(2), 286–297. <https://doi.org/10.1111/psyg.12930>
- Wang, T.-C., Tsai, A. C., Wang, J.-Y., Lin, Y.-T., Lin, K.-L., Chen, J. J., Lin, B. Y., & Lin, T. C. (2015). Caregiver-Mediated Intervention Can Improve Physical Functional Recovery of Patients With Chronic Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair, 29*(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/1545968314532030>
- Xiong, C., Biscardi, M., Astell, A., Nalder, E., Cameron, J. I., Mihailidis, A., & Colantonio, A. (2020). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *PLOS ONE, 15*(4), e0231848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231848>

ANEXOS

ANEXO A: Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal e da prestação de cuidados

Questionário Sociodemográfico

Índice de Barthel da pessoa dependente de cuidados _____ (a preencher pelos serviços)

1ª Parte

1. Idade	_____ anos
2. Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
3. Qual o seu estado civil? (escolha apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Casado / União de facto <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)/divorciado(a)
4. Quais são as suas habilitações literárias? (escolha apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Não saber nem escrever <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> Ensino primário <input type="checkbox"/> Ensino profissional <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Outra situação. Qual? _____
5. Qual a sua situação laboral atual? (escolha apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Ativo(a) <input type="checkbox"/> Doméstico (a) <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Pré-reforma / Reformada(o)

2ª Parte

6. Tem problemas de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
7. Há quanto tempo assume o papel como cuidador? (tempo)	_____ Anos _____ Meses
8. Qual a relação parentesco com a pessoa que cuida?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Genro/Nora <input type="checkbox"/> Neto (a) <input type="checkbox"/> Vizinho/ amigo <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
9. É a única pessoa da família responsável pela prestação dos cuidados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Tem algum apoio na prestação de cuidados?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
11. Em média, quantas horas ocupa por dia na função de cuidador(a)?	_____ Horas/dia

12. Para si, o que era mais importante para reduzir o seu stress e desgaste físico?

Enumere o grau de importância para si (coloque uma cruz em cada linha)

	1- Nada importante	2- Ligeiramente importante	3- Moderadamente importante	4- Muito importante	5- Extremamente importante
Fazer uma caminhada ou andar de bicicleta					
Ir tomar café ou lanchar/jantar com amigos					
Ter alguém para ficar 2 horas por dia com o seu familiar					
Ter apoio nos cuidados de higiene do seu familiar					
Ter apoio financeiro					
Ter formação periódica sobre como cuidar do seu familiar					

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

De: Cláudia Oliveira claudiaalexandra82@gmail.com
Assunto: Pedido de autorização: Questionário Nórdico Músculo-Esquelético
Data: 29 de fevereiro de 2024 às 16:39
Para: ccm@estsp.ipp.pt



Exma Terapeuta Cristina Mesquita,

Sou aluna 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 o impacto do cuidar no cuidador informal, avaliando a sobrecarga e incidência das 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,

Cláudia Oliveira
claudiaalexandra82@gmail.com

De: Cristina Mesquita ctmesquita@ess.ipp.pt
Assunto: Re: Pedido de autorização: Questionário Nórdico Músculo-Esquelético
Data: 19 de março de 2024 às 18:54
Para: Cláudia Oliveira claudiaalexandra82@gmail.com

CM

Boa tarde,

Junto envio o solicitado, QNM vP e o respetivo paper para referenciação.
Melhores cumprimentos,
Cristina Mesquita



POLITÉCNICO DO PORTO. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Cristina Mesquita
PhD, Prof. Adjunta ATC Fisioterapia

M RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA, 400. 4200-072 PORTO, PORTUGAL
T +351 222 061 000 F +351 222 061 001



Cláudia Oliveira <claudiaalexandra82@gmail.com> escreveu (quinta, 29/02/2024 à(s) 16:39):

Exma Terapeuta Cristina Mesquita,

Sou aluna 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 o impacto do cuidar no cuidador informal, avaliando a sobrecarga e incidência das 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,

Cláudia Oliveira
claudiaalexandra82@gmail.com

10[1].1007_s10389-010-0331-0
.pdf
224 KB



QNM-versão portuguesa.pdf
51 KB

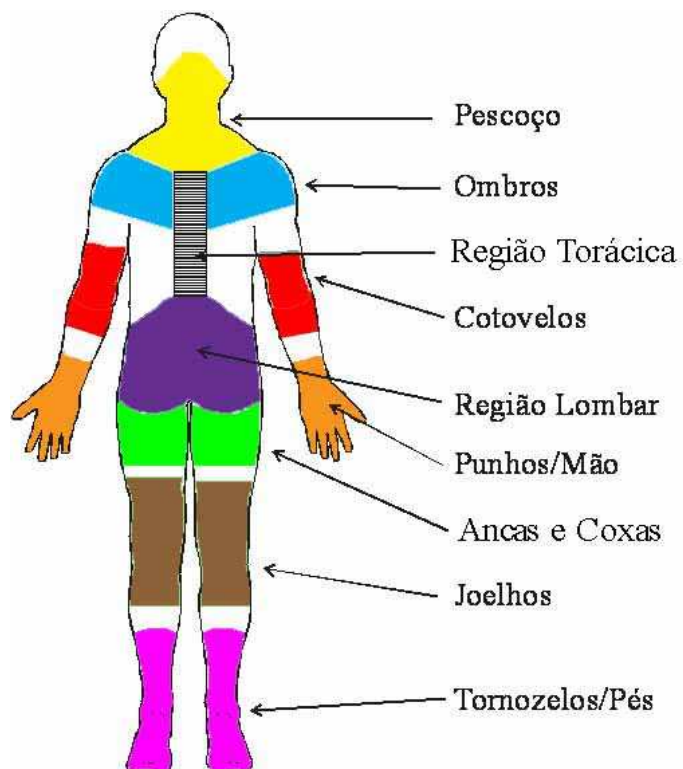


ANEXO C: Questionário de diagnóstico da prevalência de lesões musculoesqueléticas: Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (QNM)

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.



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												
		Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:											
1. Pescoço? Não Sim 1 2	2. Pescoço? Não Sim 1 2	3. Pescoço? Não Sim 1 2	4. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
17. Região Torácica? Não Sim 1 2	18. Região Torácica? Não Sim 1 2	19. Região Torácica? Não Sim 1 2	20. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
21. Região Lombar? Não Sim 1 2	22. Região Lombar? Não Sim 1 2	23. Região Lombar? Não Sim 1 2	24. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
25. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	26. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	27. Ancas/Coxas? Não Sim 1 2	28. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
29. Joelhos? Não Sim 1 2	30. Joelhos? Não Sim 1 2	31. Joelhos? Não Sim 1 2	32. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
33. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	34. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	35. Tornozelo/Pés? Não Sim 1 2	36. Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

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

De: Cláudia Oliveira claudiaalexandra82@gmail.com
Assunto: Pedido de utilização do QASCI
Data: 5 de fevereiro de 2025 às 21:35
Para: teresam@esenf.pt



Exma Sra Professora Teresa Martins,

Sou aluna 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 o impacto do cuidar no cuidador informal, avaliando a sobrecarga e incidência das lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar.

Como instrumento de avaliação, pretendia utilizar a versão portuguesa do Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal.

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,

Cláudia Oliveira
claudiaalexandra82@gmail.com

De: Teresa Martins teresam@esenf.pt
Assunto: RE: Pedido de utilização do QASCI
Data: 6 de fevereiro de 2025 às 14:35
Para: Cláudia Oliveira claudiaalexandra82@gmail.com
Cc: teresam@esenf.pt



Estimada Cláudia

Espero que esta mensagem a encontre bem.
Agradeço o seu contacto e o interesse em utilizar o QASCI no seu trabalho de mestrado. Fico satisfeita em saber que o instrumento poderá contribuir para a sua investigação.

Em anexo, envio as duas versões do instrumento (se possível recomendo a aplicação da versão dos 32 itens), bem como as normas para a leitura dos resultados. Deixo abaixo algumas referências que lhe poderão ser úteis. Caso necessite de esclarecimentos adicionais ou apoio na aplicação do instrumento, estarei à disposição. Desejo-lhe sucesso no seu percurso académico e na realização do seu estudo.

Atenciosamente,

Teresa Martins

Martins, T; Peixoto, Maria José; Araújo, Fátima; Rodrigues, M; & Pires, Fátima (2015) Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: desenvolvimento de uma versão reduzida. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2): 236-244 doi: [10.1590/S0080-623420150000200008](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200008)

MARTINS, Teresa, RIBEIRO, José Pais, & GARRETT, Carolina (2003). Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia. Saúde & Doenças*, 2003, 4 (1), 131-148.

MARTINS, Teresa, RIBEIRO, José Pais, & GARRETT, Carolina (2003). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-(QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Referência*, 11, 17-31.

Martins, T., França, D. ., Peixoto, M. J., & Araújo, F. (2023). Melhorando a exatidão: O ponto de corte ideal do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–8.
<https://doi.org/10.12707/RVI23.59.31143>

ANEXO E: 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, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempr e	Sempr e
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

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

ANEXO F: Escala SF-36 v2



SF-36 v2

Palavras Chave	Tipo de Instrumento	Autores Originais
Estado de saúde	Genéricos	Jonh Ware Jr Cathy Sherbourne

Título Original SF-36 v2 (MOS Short Form Health Survey 36 Item v2)

Objectivo Medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

Condição de Saúde Saudáveis ou qualquer condição de saúde

População Adolescentes, adultos e idosos

Modo de Preenchimento Preenchido pelo próprio, por entrevista ou por telefone

Principais referências bibliográficas da v. original
Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30(6):473-83.
Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.

Versão: Portugal

Nome da versão Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Autores da versão



Pedro Lopes Ferreira

Condições de utilização A definir

Número de itens 36

Janela de medida Últimas 4 semanas

Tempo de preenchimento 10 minutos

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

ANEXO G: Pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados

Pedido de autorização de realização de investigação

De Cláudia Oliveira <a60513@alunos.ipb.pt>

Data ter, 09/04/2024 19:53

Para afpaesmoriz@gmail.com <afpaesmoriz@gmail.com>

Cc maria.mendes@ipb.pt <maria.mendes@ipb.pt>

 1 anexo (2 MB)

Cláudia Oliveira_ProjetoInv.pdf;

Exmo. (a). Senhor(a) Presidente da Associação Fraternal de Prevenção e Ajuda.

Eu, Cláudia Alexandra Borges de Oliveira, portador(a) do BI/CC nº 12109528, na qualidade de aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, estando a realizar o Trabalho de Investigação Científica sobre o tema “Impacto do cuidar nos cuidadores informais”, sob orientação da Sra. Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes, vem por este meio, solicitar a V.a Ex.a autorização para junto dos seus associados aplicar os seguintes questionários:

1. Questionário sociodemográfico
2. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidados Informal
3. Questionário nórdico de lesões músculo-esqueléticas
4. Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Em anexo, envio o projeto de investigação do estudo proposto.

Outlook

CONVITE PARA PARTICIPAR NA REUNIÃO DE DIREÇÃO DA AFPA

De Afpa Esmoriz <afpaesmoriz@gmail.com>
Data ter, 07/05/2024 23:22
Para Claudia Oliveira <a60513@alunos.ipb.pt>

Estimada Enfª Claudia Oliveira,


Venho convidá-la a apresentar na nossa reunião de direção (online) o seu projeto, de forma a podermos estabelecer as medidas que facilitem a sua implementação.

Grata pela sua atenção e motivação para desenvolver conosco o seu projeto.

Link: <https://us02web.zoom.us/j/82043243669?pwd=bW1JSHlYa0ZacFlxcit5c1NDZ2R1QT09>


Cumprimentos cordiais,
Conceição Graça

ASSOCIAÇÃO FRATERNA DE PREVENÇÃO E AJUDA
Rua dos Castanheiros 1132, Pavilhão do Palacete, sala 9
3885-556 Esmoriz

 Outlook

Re: Pedido de documentação

De Afpa Esmoriz <afpaesmoriz@gmail.com>
Data dom, 26/01/2025 00:54
Para Claudia Oliveira <a60513@alunos.ipb.pt>

 1 anexo (106 KB)
DECLARAÇÃO DE PRESENÇA_CLAUDIA.pdf;

Estimada Enfermeira Cláudia Oliveira,

A Direção da AFPA vem informar que o seu pedido já autorizado verbalmente em reunião a 07/05/2024, pelo que pode aplicar aos utentes da AFPA o instrumento de recolha de dados (Questionário sociodemográfico, Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidados Informal, Questionário nórdico de lesões músculo-esqueléticas e Questionário de estado de saúde (SF-36v2)), no âmbito do Trabalho de Investigação Científica sobre o tema “Impacto do cuidar nos cuidadores informais”, na qualidade de aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança.

Igualmente apresenta-se uma declaração de presença no X Dia do Cuidador realizado no dia 08.11.2024 na Oficina de Artes e Ofícios em Ovar.

Gratos pela sua presença.
Cumprimentos cordiais,

Conceição Graça

ANEXO H: Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado, livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, ou surjam dúvidas, não hesite em solicitar mais informações.

Título de estudo: Impacto do cuidar nos Cuidadores Informais

Responsável do Estudo: Cláudia Alexandra Borges de Oliveira

Declaro que aceito fazer parte do trabalho de investigação, em que colaboro respondendo a questionários, de minha livre vontade e depois de ter sido informado (a) de que:

- o objetivo deste estudo é compreender melhor a problemática da prestação de cuidados em contexto domiciliário pelo cuidador informal;
- é assegurado o anonimato de todos os participantes;
- todos os dados serão tratados de forma confidencial e serão disponibilizados aos participantes do estudo desde que os solicitem;
- todos os participantes têm o direito de cessar a participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência.

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): _____

Data: __/__/____

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética

Parecer

Dados do Funcionário

Nome: Ana Maria Nunes Português Galvão

Email: anagalvao@ipb.pt

Filiação: /Comissões Especializadas/Ética/Presidente

Parecer

Após leitura e análise do projeto intitulado: Impacto do cuidar nos Cuidadores Informais

Com o Objetivo Geral de Avaliar o nível de sobrecarga e a incidência de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal (CI).

A Comissão de Ética do IPB emite Parecer Favorável /Deferido à sua realização.

Data

19/02/2025