



Universidade de Aveiro
2016

Escola Superior de Saúde de Aveiro

**ANDREIA SIMÕES
LOUREIRO**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
DE FAMÍLIA NA GESTÃO DE
SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL**



**ANDREIA SIMÕES
LOUREIRO**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
DE FAMÍLIA NA GESTÃO DE
SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação da Professora Doutora Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, especialmente a ti mãe inesperadamente cuidadora informal durante este percurso.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília Rua
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Augusta Mata
Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora

Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos à Professora Doutora Assunção Laranjeira pela sua orientação, as sugestões, o apoio, os conselhos, a disponibilidade, tolerância e infinita compreensão.

À Professora Doutora Elsa Melo que coorientou este trabalho agradeço as observações pertinentes ao longo do percurso do estudo.

Aos colegas da USF Costa da Prata pela calorosa receção, acolhimento, incansável colaboração e aprendizagens partilhadas, fizeram-me sentir parte integrante da vossa equipa.

A todas as pessoas dependentes e cuidadores informais que voluntariamente participaram nesta investigação tornando possível a efetivação do estudo.

Aos meus queridos amigos presentes “secretamente” em todos os momentos críticos, incentivando cada passo.

Aos meus pais e irmã estou grata pela vossa presença, pela força, pela disponibilidade, pela amizade e carinho.

Ao meu marido, companheiro de todas as horas, pela partilha da vida, pelo amor, pela ajuda, paciência, compreensão pelas horas ausentes e alento nos momentos difíceis.

E, por fim, mas sempre em primeiro lugar no meu coração, a minha querida filha, brilho dos meus olhos, eternamente grata pelos teus sorrisos que me dão fôlego para superar cada etapa.

A todos o meu sincero obrigada!

Palavras-chave

Enfermeiro de Família; Cuidador informal; Família, Sobrecarga;

Resumo

Ao plasmar-se este relatório descreveram-se as atividades desenvolvidas durante a unidade curricular Estágio que decorreu de 14 de setembro de 2015 a 13 de fevereiro de 2016 indo ao encontro ao Regulamento nº126/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Apesar das alterações das funções e estrutura familiar registadas nas últimas décadas, é a família que, na maioria dos casos, suporta e satisfaz as necessidades das pessoas dependentes, dentro da qual, um ou mais elementos assumem o papel de cuidadores informais.

A evidência científica, sobre sobrecarga do cuidador informal, revela que a continuidade do desempenho deste papel pode resultar num desgaste físico e emocional com impacto na vida pessoal, social, familiar e profissional destes cuidadores. Neste contexto os enfermeiros de família pela natureza da sua prática e alvo dos seus cuidados, são facilitadores da interação pessoa dependente/cuidador informal, promovendo a gestão da sobrecarga através de intervenções dirigidas às necessidades específicas de cada família.

Este estudo tem como objetivos avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais da USF Costa da Prata e identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de família para gerir a sobrecarga.

A opção metodológica foi uma abordagem quantitativa, descritiva simples, o método de amostragem foi acidental (n=26). Para a recolha de dados utilizámos quatro instrumentos (Questionário de caracterização sociodemográfica e da contextualização da prestação de cuidados; Questionário de caracterização sociodemográfica e co morbilidades da pessoa cuidada; Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI); Índice de *Barthel*).

Os resultados obtidos revelam que as pessoas dependentes são maioritariamente do género feminino, com prevalência de idades compreendidas no intervalo [81-90] sendo o nível de dependência distribuído entre: moderadamente dependentes e totalmente dependentes. Os cuidadores informais são predominantemente mulheres, a maioria com idade compreendida no intervalo [61-71] com baixa escolaridade, casadas e reformadas sendo a maioria cônjuges da pessoa que cuidam. Coabitam com a pessoa dependente cuidando dela mais de cinco horas diárias a maioria sem ajuda formal. Percecionam níveis de sobrecarga ligeira (n=10) e moderada (n=16). As intervenções propostas para a gestão de sobrecarga foram: os internamentos de curta duração; intervenções ambientais; intervenções educativas; programas de ajuda combinada (intervenções educativas e intervenções ambientais) e outros tipos de ajuda (apoio social).

Face à relevância que os cuidadores informais assumem nas famílias, o enfermeiro de família, pela sua proximidade poderá assumir um papel proactivo na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais. Através da avaliação do contexto dos cuidados e da sobrecarga dos cuidadores poderão ser promovidas estratégias de suporte dirigidas às necessidades individuais dos cuidadores de modo a melhorarem o seu bem-estar e o dos dependentes a seu cuidado.

Keywords

Family Nurse; Informal Caregiver; Family, Burden

Abstract

In shaping up this report described in the activities developed during the internship held from 14 September 2015 to 13 February 2016, to suit the Regulation 126 / 2011 - Regulation of Specific Nurses Skills Specialist Nursing Family health.

Despite the changes in roles and family structure recorded in recent decades, it is the family that, in most cases, supports and meets the needs of dependents within and one or more elements may take the role of informal caregiver.

Scientific evidence on the informal caregiver burden, reveals that the continuity of this role can result in physical and emotional distress impacting on personal, social, family and professional caregivers of these. In this context the family of nurses by the nature of their practice and target of their care, are facilitators of interaction dependent person/informal caregivers, promoting management overhead through interventions aimed at specific needs of each family.

This study aims to evaluate the burden on informal caregivers USF Costa da Prata and identify the interventions developed by family nurses to manage the burden.

The method chosen was a quantitative approach, simple descriptive, sampling was accidental (n = 26). For data collection we used four instruments (questionnaire sociodemographic and contextualization of care, sociodemographic questionnaire and co morbidities of dependent people; informal caregiver burden assessment questionnaire (QASCI), Barthel Index).

The results show that dependent people are mostly women, with a prevalence of ages in the range [81-90] and the level of dependency distributed between: moderately dependent and totally dependent. Informal caregivers are predominantly women, most aged in [61-71] range with low education, married, retired and most partner of the person being cared. Cohabit with the dependent person looking after her more than five hours daily, most without formal help. Burden perception levels are slight overload (n = 10) and moderate (n = 16). The interventions proposed for burden management were: the short-term hospitalization; environmental interventions; educational interventions; combined aid programs (educational interventions and environmental interventions) and other types of assistance (social support).

Given the relevance of informal caregivers take in families, the family nurse by their proximity could take a proactive role in managing the burden of informal caregivers. By assessing the context of care and caregiver burden can be promoted support strategies aimed at individual needs of caregivers in order to improve their welfare and that of dependents in their care.

Abreviaturas e/ou siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CI – Cuidador Informal
CS- Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ESSA – Escola Superior de Saúde de Bragança
ESEVR – Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
IVP – Implicações na vida Pessoal
MIMUF® - Módulo de informação e monitorização das unidades funcionais
OE – Ordem dos enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PMEC – Mecanismo de Eficácia e de Controlo
QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
UA- Universidade de Aveiro
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SE – Sobrecarga Emocional
SF – Sobrecarga Financeira
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPF – Satisfação com o Papel e com o Familiar
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SupF – Suporte Familiar
RE- Reações às exigências

Índice

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO	18
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	22
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	26
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	28
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	30
2.1. A família cuidadora de pessoas dependentes.....	30
2.2. Sobrecarga do cuidador Informal.....	33
2.3. Papel do enfermeiro de família.....	35
3. METODOLOGIA.....	39
3.1. Desenho de estudo	39
3.2. População e Amostra	40
3.3. Objetivos para o estudo e Operacionalização das variáveis	41
3.4. Instrumentos de Colheita de dados	42
3.5. Procedimentos éticos e de colheita de dados	44
3.7. Análise de dados	45
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	46
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	61
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	76

Anexos

Anexo I – Instrumentos de colheita de dados

Anexo II – Consentimento informado e autorizações para realização do estudo

Lista de tabelas

Tabela 1: Identificação das pessoas em situação de dependência.....	41
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes (n=26)	47
Tabela 3: Avaliação do nível de dependência.....	48
Tabela 4: Distribuição das pessoas dependentes por patologias causadoras de dependência.....	48
Tabela 5: Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais (n=26).....	49
Tabela 6: Contextualização da prestação de cuidados.....	50
Tabela 7: Colaboração de instituições de resposta social.....	51
Tabela 8: Distribuição de respostas dos cuidadores informais ao QASCI.....	52
Tabela 9: Tabela por subescalas do QASCI.....	53
Tabela 10: Nível de sobrecarga dos cuidadores informais.....	53
Tabela 11: Intervenções implementadas com os cuidadores e famílias.....	54

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa do Concelho de Ílhavo.....	18
Figura 2: Pirâmide etária – USF Costa da Prata	19

INTRODUÇÃO

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, consolidando a visão sobre o conceito de saúde, compreendida, num paradigma positivista, como um estado de completo bem-estar e não apenas como um estado de ausência de doença. Em 1986, consagra-se em Ottawa, como um direito humano fundamental e considerada como um recurso ao alcance de todos, influenciando o desenvolvimento das comunidades. A partir deste marco histórico na saúde foram delineadas políticas, estratégias e planos nacionais de ação nos quais está incluída a educação da população para as medidas de prevenção e controle dos problemas mais prevalentes, de forma a aumentar a autonomia dos cidadãos na sua resolução, atingindo assim elevados níveis de saúde (OMS, 1978/1986).

Parte integrante do Sistema Nacional de Saúde (SNS) os Cuidados de Saúde Primários (CSP), são considerados como a principal via de acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, os Centros de Saúde (CS) através das suas unidades funcionais têm como principal objetivo dar resposta às necessidades de saúde da população que assistem. Nos últimos anos, em Portugal, os CSP sofreram várias transformações, configurando uma maior acessibilidade, qualidade e responsabilização dos cuidados prestados (Plano Nacional de Saúde 2011-2016). Nesta linha evolutiva, houve a preocupação de que o foco dos cuidados de enfermagem, fossem centrados na família, como um todo, assim como nos seus membros individualmente, potencializando as forças, recursos e competências da família numa constante interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal terapêutico (Figueiredo, 2012).

Na medida em que se assiste ao envelhecimento da população, fruto de um contínuo aumento da esperança média de vida, as questões em torno dos cuidadores informais têm vindo a aumentar. Simultaneamente verifica-se um contexto social onde se estabelecem políticas que apelam à permanência de dependentes, especialmente idosos, nos seus ambientes familiares. O Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, aprovou e divulgou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos as pessoas em situação de dependência, o Despacho conjunto nº 407/1998 de 18 de junho, com o objetivo de promover a sua autonomia e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio.

Apesar das iniciativas governamentais verifica-se ainda a insuficiência dos recursos disponíveis e a inexistência de medidas que garantam a qualidade dos cuidados domiciliários. As redes de apoio informal continuam a constituir estruturas a valorizar, assumindo-se como um recurso fundamental para as pessoas, famílias, comunidades e instituições de saúde (Augusto & Carvalho, 2002; Mendes, 2005). Perante esta realidade surge em 2006 através do Decreto de Lei nº101/2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que tem como objetivo geral prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Neste enquadramento, aumentam as pessoas dependentes em casa e o ónus dos cuidados prestados passa a recair com maior ênfase em cuidadores não profissionais, frequentemente cônjuges ou filhos, sendo estes os seus cuidadores informais. Os cuidadores informais apresentam múltiplas necessidades, mas dificilmente os profissionais de saúde as conseguem detetar na íntegra. Neste contexto os enfermeiros de família, em virtude da sua atividade junto das famílias, assumem a capacidade de intervir junto da pessoa dependente/cuidador informal e família através da *avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes e identificação das estratégias de intervenção com efeito na diminuição desta sobrecarga*.

No que se refere à assunção do papel de cuidador informal e a intervenção do enfermeiro no sentido de minimizar esta sobrecarga, propomo-nos contribuir para a compreensão e reflexão desta temática e para a consciencialização da necessidade de cuidar de quem cuida, minimizando assim os efeitos negativos que lhes estão associados.

A formação contínua é uma condição *sine qua non* para o exercício da enfermagem, a procura do conhecimento para o exercício profissional, é um processo dinâmico, estimula o enfermeiro a atualizar os seus conhecimentos e a promover o desenvolvimento de competências para prestar cuidados de enfermagem de qualidade de acordo com os padrões preconizados pela Ordem dos enfermeiros (OE,2006).

A escolha da realização da Unidade Curricular Estágio emerge da necessidade de integrar o exercício do enfermeiro de saúde familiar em pleno, interagindo com as famílias partir de procedimentos organizados, dinâmicos e estruturados de observação, análise e reflexão sobre a saúde familiar (OE, 2010). O presente documento pretende descrever, de forma sucinta e sistematizada, o percurso para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro de saúde familiar e o estudo realizado imprimindo uma análise crítica reflexiva na exposição das mesmas.

Este trabalho encontra-se dividido em duas parte, a primeira onde consta análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências e a segunda onde é apresentado o estudo empírico.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

A unidade curricular Estágio, do 3º semestre do 2º ano, do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, organizado em consórcio, pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), pela Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR) e pela Escola Superior de Saúde de Bragança (ESSA) no ano letivo 2015/2016, decorreu na Unidade de Saúde Familiar Costa da Prata (USF Costa da Prata). Durante o período compreendido entre 14 de setembro de 2015 a 13 de fevereiro de 2016 com um total de 480 horas. Com orientação da Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, Supervisão da Enfermeira Graça Clemêncio, Especialista em Enfermagem Comunitária e Tutoria da Enfermeira Fátima Malheiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A USF Costa da Prata situa-se no distrito de Aveiro, concelho de Ílhavo, pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga (ACES Baixo Vouga) e está integrada no Centro de Saúde de Ílhavo (CS Ílhavo). A área de abrangência da unidade é a freguesia de S. Salvador, com uma área de 42,2 Km², e os utentes das freguesias limítrofes que já se encontravam inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados um (UCSP 1), na data da sua constituição.

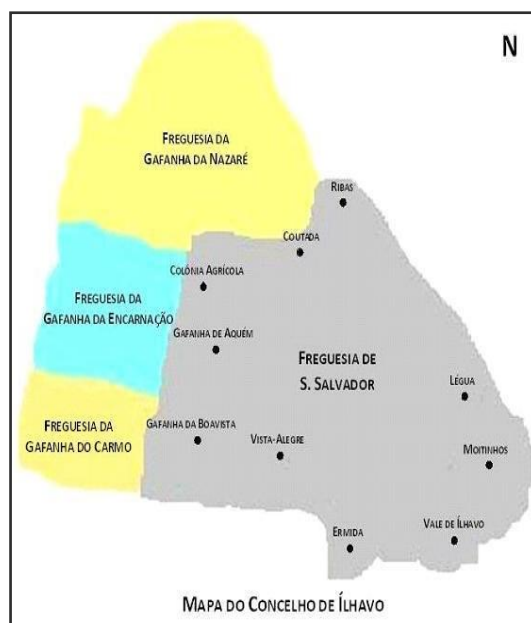


Figura 1 – Mapa do Concelho de Ílhavo

Esta Unidade de Saúde Familiar (USF) constitui-se por uma equipa multiprofissional de cinco médicos, cinco enfermeiros e quatro assistentes técnicos, na filosofia de equipa de saúde familiar (médico de família e enfermeiro de família). Funciona de segunda-feira a sexta-feira, entre as 08H00 e as 20H00. Presta cuidados de saúde de proximidade e personalizados à população inscrita na unidade, na sua área de influência, oferece consultas programadas, atendimento de situações de doença aguda durante todo o horário de funcionamento, cuidados de enfermagem e cuidados domiciliários.

De acordo com os dados do MIMUF® (Módulo de informação e monitorização das unidade funcionais), no final do mês de julho de 2015 a USF tinha 8607 utentes inscritos, com 11 utentes sem médico de família por opção, o que corresponde a uma média de 1719 utentes por cada uma das 5 equipas de família (Plano de Ação USF Costa da Prata 2015-2017).

A pirâmide etária da população inscrita na unidade apresenta-se do tipo regressivo, com base estreita relativamente ao topo, o que indica uma população envelhecida, podendo ainda observar duas incidências a do género feminino e da faixa etária de 40-44 anos.

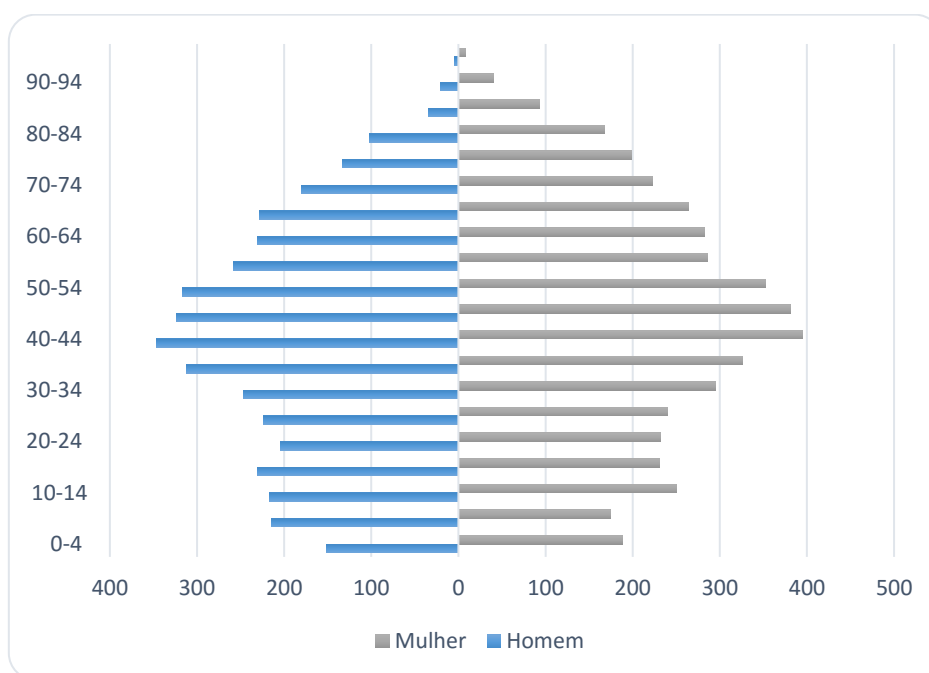


Figura 2 – Pirâmide Etária – USF Costa de Prata – MIMUF® 31/Julho/2015

A pensar na qualidade organizativa e assistencial dos serviços, todos os colaboradores da USF partilham os mesmos valores: respeito pelo Ser Humano e pela sua dignidade; acessibilidade; responsabilidade partilhada; informação; qualidade nos cuidados prestados e atualização contínua de conhecimentos. E da mesma visão: “Ser uma USF

de referência no ACES Baixo Vouga, pela sua acessibilidade e qualidade”. Com o objetivo de servir os utentes e suas famílias, atempadamente e de acordo com as suas necessidades de saúde, a USF tem a responsabilidade de manter e melhorar o estado de saúde dos utentes por ela abrangidos, através da prestação de cuidados de saúde gerais, personalizados, contínuos e acessíveis, na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação (Plano de Ação USF Costa da Prata 2012-2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) é um dos propósitos primordiais da profissão, transversalmente à apropriação dos padrões de qualidade e envolvimento das organizações prestadoras de cuidados, colaborar na implementação e desenvolvimento do sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, direcionada para a qualidade dos cuidados. Na procura da excelência traça-se um percurso de permanente busca para desenvolvimento de competências, com a finalidade da sua aplicação às necessidades do indivíduo, família e comunidade.

No âmbito da unidade curricular de Estágio, foram delineados os seguintes objetivos:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

E, foram eleitas como competências a desenvolver:

- Reconhecer a complexidade do sistema familiar. Considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Conceber a família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;

- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Sendo a Enfermagem uma Profissão consubstanciada como Ciência, os enfermeiros para se adaptarem às constantes mudanças sociais e profissionais, têm a preocupação e a necessidade de atualizar e adquirir novas competências ao longo do seu percurso profissional, para promover e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados de forma contínua, assumindo responsabilidade pela sua prática. A Ordem dos Enfermeiros (2006) preconiza para o exercício profissional a base na evidência científica, conduzindo à procura constante de atualização de conhecimentos cognitivos e práticos, de maneira a intervir junto das pessoas, famílias e comunidade, dentro dos padrões de qualidade para alcançar ganhos em saúde.

A reflexão enquanto ferramenta básica para consolidação de conhecimentos, desempenha um papel determinante, nas dimensões profissional e pessoal. Diversos são os autores (Dewey (1932), Schon (1983), Zeichner (1993), Alarcão (1992/1996)) que defendem a reflexão sobre a prática como determinante para a compreensão e aquisição de saberes, podendo esta ser pessoal ou partilhada. No âmbito da Enfermagem, a sua aplicabilidade é promotora da adaptação aos cenários da prática, inerente à sua imprevisibilidade e complexidade (Rua, 2011). Para Schön, a prática reflexiva é perspetivada em *conhecimento na ação; reflexão na ação; reflexão sobre a ação; reflexão sobre a reflexão na ação (meta reflexão)* (Abreu, 2007). James & Clarke (1994) citados por Carvalhal (2002) definem a reflexão como sendo “*uma atividade cognitiva necessária à prática de enfermagem e à sua complexidade dimensional, de modo a possibilitar os desenvolvimentos de competências de enfermagem na prática*” (p.31). Assim, ao longo do Estágio foi assumida uma atitude reflexiva como ferramenta fundamental, permitindo este processo alterar comportamentos, atitudes e procedimentos de maneira a planear e otimizar as ações com habilidade e capacidade crítica, na permanente adaptação aos contextos reais.

O desenvolvimento de competências, foi possível pela dedicação enquanto estudante e pelo trabalho de supervisão da enfermeira que acompanhou, cuja atuação serviu de modelo de construção do papel de enfermeiro de saúde familiar. Alarcão & Tavares (1987/2003) entendem “*supervisão (...) como o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional.*” (p.16). Na enfermagem considera-se então a supervisão como um processo formal e ativo em constante adaptação ao meio, onde o supervisor transmite a sua experiência e saberes, e

orientação durante o seu percurso e ajuda o supervisionado a analisar e refletir sobre as suas ações em contexto clínico para que este possa construir a sua identidade profissional. Transversalmente, as relações internas e externas impulsionam a aquisição de competências próprias da profissão que conduzem à prática de cuidados de enfermagem de excelência (Rua, 2011).

Os Cuidados de Saúde Primários são o lugar de excelência onde o enfermeiro de família assume um papel essencial no que respeita à promoção da saúde e prevenção da doença, na educação para a saúde e na responsabilização da pessoa, da família e da comunidade sobre a sua saúde. O Decreto de Lei 118/2014, de 5 de Agosto, define o enfermeiro de família como sendo “*o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade*” (p.4070). Segundo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012) o enfermeiro de família, é um membro essencial na equipa multidisciplinar é responsável pelo *continuum* de cuidados, ao longo do ciclo vital da família, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados às pessoas, implicando-se numa avaliação do futuro que permita o estabelecimento de uma orientação da ação dos profissionais no sentido de atingir os objetivos/metas.

Esta unidade curricular proporcionou a integração dos conhecimentos teóricos em contextos da prática clínica. Compreendeu um tempo inicial de observação, posterior aprendizagem e avaliação, levando a uma gradual consciencialização dos diferentes papéis (Matos, 1997). Foi uma experiência fundamental para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde familiar. Ao longo do estágio consolidaram-se conhecimentos, adquiriram-se novas experiências e vivências através da metodologia do enfermeiro de família, permitindo um maior enriquecimento pessoal e profissional, exigindo sempre uma atitude crítica e reflexiva perante todas as situações e atividades observadas e vividas (planeamento, monitorização, assistência e execução de práticas de enfermagem de saúde familiar, gestão de processos, avaliação, orientação e encaminhamento de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e família, educação e instrução individuais e em família e incentivos à vigilância e à auto vigilância individuais e em família e a promoção do envolvimento da pessoa e família no comportamento da procura de saúde e na tomada de decisão consciente). Esta forma de encarar o estágio/experiência decorreu num conceito de organização

participativo e democrático, baseado na colaboração e no consenso em que as necessidades do ser humano são a prioridade.

O enfermeiro de família cuida a família como unidade de cuidados. Conhece o contexto individual, familiar, social e económico, permitindo uma atuação mais adequada e eficaz às suas necessidades, *“tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde”* (Figueiredo, 2012, p.69). Atua em parceria com as famílias e membros individualmente em atividades específicas, ao longo do ciclo vital familiar e nas transições situacionais e de doença/saúde. Realiza consultas de saúde do adulto, saúde do idoso, saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar, vigilância de diabetes e vigilância de hipertensão arterial, tratamento de ferida, visita domiciliária em articulação com outras unidades de saúde. Ao integrar uma das equipas de saúde da USF, permitiu uma abordagem em todas as áreas de atuação do enfermeiro de família desenvolvendo as competências em que se reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização específica, concebe a família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao seu ciclo vital e desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo.

De forma a realizar uma avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar, integrando a sua perspetiva sistémica para a prestação de cuidados seguros e adequados às famílias, utilizaram-se, ao longo do Estágio diversos instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecomapa, Apgar familiar de Smilkstein, Ciclo vital da família de Relvas, Escala de Graffar; Escala de Readaptação Social de Holmes-Rahe, Modelo Dinâmico Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Figueiredo (2009) afirma que a utilização de instrumentos de avaliação familiar favorece uma comunicação terapêutica e possibilitam uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar. Esta abordagem nos cuidados de enfermagem à família numa perspetiva holística, psicossocial, colaborativa e de eficiência permitiu organizar atividades dando resposta aos cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária indo ao encontro das necessidades de saúde das famílias acompanhadas (promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem específicos dirigidos às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde). Dessa abordagem decorre o desenvolvimento das competências: realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de

cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento e realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilita as mudanças no funcionamento familiar.

Promoveu-se também a participação ativa das famílias na gestão do seu próprio estado de saúde compreendendo a adoção de estilos de vida saudáveis, o uso racional de serviços e tratamentos, a facilitação do acesso a programas de vigilância da saúde, de rastreio, através da capacitação para o auto cuidado na gestão da doença crónica e na facilitação da articulação com outras unidades funcionais do centro de saúde (Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); Unidade de Saúde Pública (USP)) e instituições de saúde e sociais (Hospital, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social). Realizou-se o planeamento e a prestação de cuidados dirigidos à família e aos seus membros individualmente, através do diagnóstico de necessidades específicas de cada família, e considerando os dados colhidos referentes à família como um todo, aos subsistemas e aos problemas de saúde individuais, perseguindo a competência: reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.

Destacou-se, também o trabalho de investigação realizado durante o Estágio, pela sua pertinência, dinâmica e contributo para o conhecimento mais aprofundado do tema *“Intervenção do enfermeiro de família na gestão da sobrecarga do cuidador informal”*. A Ordem dos Enfermeiros (2006) declara *“que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”* (p.1), abrangendo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida incluindo uma morte digna e serena.

Foi uma experiência edificante e gratificante, em termos de aprendizagem, com uma postura pautada pela transformação das atividades em momentos reflexivos que contribuíram para a evolução profissional e pessoal, possibilitando que ao longo do Estágio os objetivos estipulados fossem sucessivamente atingidos. Pretende-se que todas as competências desenvolvidas sejam progressivamente melhoradas, porque a consciência da construção permanente nas diferentes dinâmicas permitirá melhorar os vários níveis da ação profissional, indo ao encontro das exigências crescentes e padrões de qualidade nos contextos atuais.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Com o aumento da esperança de vida surgem novos desafios para a saúde e para os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros. A realização de estudos em contextos da prática clínica em enfermagem surgem como medida para dar resposta a estes reptos, de forma a orientar e capacitar as pessoas, famílias e comunidades na satisfação das suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar. Conforme a carta de Ottawa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda: a promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que as pessoas desenvolvam a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde com o objetivo de a melhorar (OMS, 1986). Os enfermeiros de saúde familiar, em virtude das suas especificidades têm um papel decisivo na promoção da saúde das famílias pelas quais são responsáveis.

A base orientadora deste estudo diz respeito ao enfermeiro de saúde familiar como gestor da sobrecarga do cuidador informal, e as estratégias que dispõe para intervir de forma a atenuar o peso que este cuidado gera. Assumir o papel de cuidador informal interfere com aspetos da vida pessoal, familiar, laboral, económico e social, conduzindo com frequência a manifestações como fadiga, frustração, *stress*, constrangimento, tensão, depressão e alterações da autoestima. Todavia cuidar de um familiar doente não se revela puramente em sobrecarga, germina simultaneamente com aspetos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade (Paúl, 1997).

Promover o bem-estar e prevenir situações de exaustão e esgotamento através de intervenções que integrem respostas efetivas pode gerar ganhos em saúde, colaborando assim para o desenvolvimento de competências e mecanismos de *coping* dos cuidadores, para redução da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida. Daí que, o conhecimento da suas realidades (cuidadores informais, pessoas cuidadas e família) se torne fundamental.

A pertinência do tema é sustentada pelo atual cenário de envelhecimento demográfico concomitante com a ainda insuficiente resposta ao nível de prestação de cuidados de saúde e sociais a estas pessoas e conseqüentemente aos seus cuidadores.

A prestação de cuidados informais constitui uma problemática complexa que demanda uma análise pormenorizada dos mecanismos e situações envolvidos no processo. Surgindo conseqüentemente as seguintes questões:

- Existe sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas dependentes da Unidade de Saúde Familiar Costa da Prata?

- Quais as intervenções no âmbito da enfermagem de saúde familiar que os enfermeiros de família desenvolvem?

Configurou-se como objetivo geral do estudo empírico, *avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes da USF Costa da Prata e identificar as estratégias de intervenção desenvolvidas na gestão desta sobrecarga pelos enfermeiros de família.*

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico caracteriza-se pela definição de um tema ou uma área de investigação. Para que o estudo seja exequível o seu domínio deverá ser delimitado de forma organizada no que se refere à formulação de ideias e à documentação científica alusiva a um conteúdo específico, o que levará a uma conceção clara e estruturada do objeto em estudo (Fortin, 2009). Assim, esta etapa está organizado da seguinte forma: será abordada a família cuidadora, em seguida será feita a definição e explicitação da sobrecarga do cuidador informal e no final será evidenciado o papel do enfermeiro de família na gestão da sobrecarga.

2.1. A família cuidadora de pessoas dependentes

Atualmente observa-se uma tendência para diminuir o tempo de permanência dos indivíduos nas unidades de saúde e a transferência de muitos cuidados, que antes eram tidos como hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e conseqüentemente para casa das famílias (Santos, Pedro, Nuno & Azevedo, 2009). Em consequência dos progressos tecnológicos e da revolução dos modos de vida que redistribuíram o trabalho, os momentos de tempo livre e os ócios criando outra forma de encarar os cuidados relativos à saúde e aos familiares.

Aliado ao envelhecimento está o conceito de dependência. Salgueiro (2008) descreve este conceito como uma função que varia ao longo da vida, implicando reajustamentos criados pelo próprio indivíduo. A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária.

A dependência /independência podem ser consideradas como dois extremos de um *continuum* onde as pessoas se movem e existem em relação a algo ou alguém para realizar uma tarefa. Se a pessoa é independente quer dizer que, para realizar essa tarefa, recorre aos seus próprios meios, atingindo um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Se o indivíduo é dependente, não consegue bastar-se a si próprio para a realização das suas tarefas, não conseguindo atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades sem ajuda de terceiros (Salgueiro, 2008).

De acordo com Phaneuf (2005), o nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estados satisfatórios de bem-estar.

Os cuidados prestados a pessoas dependentes ocorrem essencialmente no domicílio, dado que é o espaço sociocultural natural, em que os cuidados são frequentemente prestados pela família e ou comunidade com a finalidade de preservar a vida dos seus membros, de modo a desenvolver plenamente as suas potencialidades (Santos et al, 2009).

Reconhecemos a família como o contexto primordial para a promoção e manutenção da autonomia e saúde dos seus elementos e como a principal entidade prestadora de cuidados aos seus elementos, quando as suas capacidades funcionais e a autonomia estão comprometidas.

Com as transformações da sociedade assistimos também a um processo de mudança estrutural da família, na sua composição e nos papéis desempenhados por cada um dos seus membros, levando a novos modelos no sistema familiar. A integração da mulher no mercado de trabalho, o decréscimo da fecundidade e diminuição do agregado familiar, as migrações do meio rural para o urbano e para países estrangeiros, o aumento da mobilidade dos elementos da família e a sua resultante dispersão geográfica o número crescente de famílias divorciadas e recasados, têm levado, nos últimos anos, à diminuição da população de cuidadores informais (Imaginário, 2004; Pimentel, 2001). As famílias diferenciam-se na forma como são capazes de ultrapassar ou lidar com essas crises e encontrar o caminho que lhes permita a reestruturação que as faz avançar no sentido da evolução: *“diferenciam-se na flexibilidade, na possibilidade de encontrar o equilíbrio dinâmico na abertura-fecho do sistema «forçando» um ou outro aspeto conforme o momento evolutivo o exige”* (Relvas, 1996, p.31). A família atual implica interações entre gerações - é a redescoberta do parentesco. Como é a afetividade que liga os membros das famílias, embora essa afetividade seja assimétrica – os idosos/velhos e os cuidadores dão mais do que recebem em uma sociedade cada vez mais funcionalista.

Em Portugal, apesar destes fatores de influência, a família mantém-se como o principal pilar de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001; Paúl, 1997). Pois a relação do sujeito com o meio constitui um conjunto de *processos proximais* em interação recíproca (Bronfenbrenner & Morris, 1998) influenciando o sistema familiar e cada membro particularmente no seu desenvolvimento pessoal ao longo do ciclo vital.

Dentro de cada família existe sempre um membro que assume a responsabilidade de cuidar do dependente. O cuidador informal representa a pessoa familiar ou amiga não remunerada, que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente. Na maioria das vezes assume um papel que lhe foi imposto pelas circunstâncias e não por escolha própria, apesar de reconhecer que esta missão naturalmente seja sua (Braithwaite,2000).

Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado & Martins (2002), referem que quem mais assume o papel de cuidador são as mulheres, função dificultada pelo facto de socialmente, a mulher desempenhar cada vez mais um acumular de funções, como ser mãe, esposa, profissional. Entre casais mais velhos em que os cônjuges tomam conta um do outro, são também as mulheres que sofrem mais consequências na saúde. Tudo isto pode constituir uma ameaça à boa saúde destes cuidadores devido à sobrecarga nas atividades que desempenham, levantando a questão se estes não serão os futuros dependentes devido a esta sobrecarga, especialmente quando estes cuidadores são idosos (Salgueiro 2008).

A continuidade no desempenho deste papel pode conduzir à exaustão, como consequência dos efeitos negativos da prestação dos cuidados e do tipo de relação afetiva com a pessoa que cuidam. Em muitas circunstâncias toda a família, ou em particular a pessoa mais diretamente envolvida na prestação de cuidados, ou sobre a qual recai maior responsabilidade, entram em situação de crise e rutura manifestando entre outros sintomas, tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da autoestima. Esta sobrecarga ou tensão manifestada por estes cuidadores informais pode então acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que em última instância afetam o bem-estar de ambos, doente e cuidador (Fernandes *et al*, 2002).

Alguns autores alertam para as necessidades sentidas decorrentes do ato de cuidar, por poder comprometer a qualidade de vida do cuidador, existindo um largo consenso de que cuidar de uma pessoa dependente é um processo stressante que pode contribuir para o desenvolvimento de patologia (Schulz, 1999), pois é evidente que eles têm as suas necessidades e problemas em consequência da prestação de cuidados, necessitando de ajuda para melhorar a sua saúde e bem-estar (Figueiredo & Sousa, 2002).O cuidador informal ao atribuir-se a si a responsabilidade de cuidar do seu familiar dependente, para responder às solicitações a qualquer momento, desencadeia na sua vida uma serie de mudanças nos vários níveis: pessoal, familiar, laboral, económico e social, limitando o seu tempo para as atividades pessoais.

2.2. Sobrecarga do cuidador Informal

A palavra sobrecarga deriva do inglês “*burden*” e refere-se a uma associação “ (...) de problemas físicos, psicológicos e socio-económicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, p.78). Esta sobrecarga ou tensão manifestada por estes cuidadores informais pode então acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que em última instância afetam o bem-estar de ambos, doente e cuidador (Fernandes et al, 2002).

Braithwaite (2000) entende sobrecarga, como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à percepção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

A sobrecarga é uma resposta multidimensional que resulta de uma avaliação subjetiva feita pelo cuidador acerca da sua própria saúde, das suas necessidades, do que pode constituir ameaça ao seu bem-estar e da doença ou dependência do indivíduo que está a seu cargo, bem como dos recursos que possuem para tentar superá-la (Salgueiro, 2008).

Este conceito pode ser distinguido em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira corresponde a acontecimentos concretos percebidos pelos cuidadores, diretamente associados ao desempenho desse papel, como por exemplo a restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e o efeito destas alterações no seu bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico. A segunda refere-se aos sentimentos e atitudes inerentes às tarefas e atividades desenvolvidas no processo de cuidar. Este tipo de sobrecarga reflete-se através de alterações psicológicas e de sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores, estando intimamente ligada com as estratégias de *coping* que estes usam ou seja a dimensão objetiva está mais associada às tarefas de cuidar e a dimensão subjetiva às características do cuidador (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Sequeira; 2010).

Salgueiro (2008) refere que algumas das consequências mais negativas tem a ver com limitações de ordem pessoal impostas pelos cuidados, nomeadamente, restrição da vida social e de lazer. Pode haver sobreposição de papéis sociais resultando em conflitos entre o cuidador e outras responsabilidades sociais, levando à sobrecarga no desempenho desses papéis. A diminuição das atividades sociais faz com que o cuidador estabeleça menos relações sociais com outras pessoas fragilizando relações já

existentes ou mesmo destruindo-as. Os cuidadores ao diminuírem ou eliminando os contatos sociais e ao isolarem-se ficam em situação de vulnerabilidade social, podendo haver rutura de laços, logo a situações de exclusão social.

Fernandes et al (2002) identificam várias dimensões da sobrecarga no cuidador informal:

- *Sobrecarga física:*

Dependendo do tipo de tarefas e responsabilidade exigida perante o grau de incapacidade e de dependência do familiar, o cuidador informal poderá ficar fisicamente exausto e incapaz de cumprir o seu papel. Poderá sofrer de vários problemas físicos como lombalgias, tendinites, cefaleias, entre outros. Quase sempre associado a um problema físico surgem consequências emocionais, tornando todo este processo num ciclo vicioso.

- *Sobrecarga emocional:*

A pessoa cuidadora, emocionalmente debilitada, não disporá de recursos psicológicos necessários para oferecer apoio empático ao seu familiar ou manter o seu papel de cuidador durante muito mais tempo. É geralmente aceite que os acontecimentos que provocam *stress* antecedem o estabelecimento de episódios depressivos, acompanhados de um declínio físico acentuado. Diretamente relacionadas com a sobrecarga dos cuidadores estão sentimentos como ansiedade, frustração, desânimo, depressão, culpa, ressentimento e diminuição da autoestima. Esta situação torna-se mais evidente quando o cuidador não se sente valorizado e reconhecido pelo trabalho que faz. A ausência de redes de apoio resulta muitas vezes em isolamento o que pode originar sentimentos de insegurança e posteriormente ser também um fator de sobrecarga e *stress*.

- *Sobrecarga social:*

Resultante do desempenho do seu papel o cuidador sofre um isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais habituais. Por vezes o cuidador é obrigado a abdicar da sua atividade profissional sendo também este facto motivo de angústia. Esta situação acentua-se quando o cuidador é o único responsável pelo cuidado prestado ao doente. A interferência a nível profissional é tanto maior quanto mais dependente for aquele que recebe cuidados. A situação agrava-se quando a rede de apoios é inexistente ou inadequada.

- **Sobrecarga familiar:**

Por vezes surgem conflitos familiares, associados á sobreposição de papéis do cuidador. Estes conflitos são geralmente provocados por familiares próximos que não estão diretamente implicados na prestação de cuidados. O conflito e tensão familiar têm um impacto significativo na sobrecarga e *stress*, e conseqüentemente na saúde mental do cuidador informal. Os fatores desencadeantes são: falta de atenção para a restante família, nomeadamente para filhos e cônjuge; outros acharem que o cuidador não presta cuidados adequados; os cuidadores recebem críticas negativas pelo que fazem; familiares defenderem que o idoso deve ser institucionalizado.

Para o estudo e posterior intervenção na problemática da sobrecarga do cuidador informal, são necessários instrumentos fiáveis, sensíveis válidos e específicos que permitam avaliar o impacto do desempenho deste papel na sua saúde e qualidade de vida. O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), é um instrumento destinado a medir a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. Esta escala foi aplicada por Martins. et al. (2003), num estudo para a sua validação para população portuguesa. Vários estudos recentes utilizam este instrumento para avaliação da sobrecarga do cuidador informal tais como: Santos (2005); Costa, (2009);Loureiro (2009); Félix, (2010); Cardoso, (2011); Gomes (2011) Bailão, (2013); Gonçalves, (2013); Monteiro (2014).

2.3. Papel do enfermeiro de família

A família tem sido lugar privilegiado para a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital do ser humano, no entanto surge a necessidade de cuidar da família como um todo numa perspetiva sistémica para preservar o seu equilíbrio pois o ambiente impessoal do mundo urbano e industrial exige que seja o núcleo familiar a prestar o apoio emocional e afetivo necessário para estabilidade psicológica dos indivíduos. A enfermagem, particularmente, ao longo da sua história, tem demonstrado interesse pelas influências da família na saúde e bem-estar dos seus membros tanto em conjunto como individualmente (Hanson, 2005). A enfermagem de família pode contribuir para a melhoria do estado global da saúde da população pois olha para a pessoa na sua complexidade pluridimensional integrada na família e não isoladamente (OE, 2000).

A Ordem dos Enfermeiros em 2010, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar declara que o enfermeiro de família, baseado no conceito da Organização Mundial de Saúde, *“surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a*

responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo limitada de famílias em todos os processos de vida nos vários contextos da comunidade” (p.1).

Ao longo do ciclo vital as famílias estão sujeitas a tensões e quando os fatores de *stress* e dificuldades os afetam irão reagir no sentido de reorganização para restaurar e preservar a estabilidade familiar. A facilitação do processo de adaptação do prestador de cuidados merece uma atenção particular por parte dos enfermeiros, já que estes têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições de papéis ao longo do ciclo de vida. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador informal e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a essas pessoas (Andrade, 2009).

Sequeira (2010) refere, que os cuidadores devem ser objeto de diagnóstico e intervenção pelos profissionais de saúde, e particularmente, que os enfermeiros têm a responsabilidade fundamental ao nível do levantamento das principais dificuldades, capacidade para o desempenho do papel de cuidador, nível de conhecimentos, sobrecarga, satisfação e estratégias de *coping*. De acordo com este autor, a literatura refere que um dos problemas de maior importância na maioria dos cuidadores, diz respeito ao domínio da informação, grande parte dos programas direcionados aos cuidadores, com o intuito de melhorar os seus conhecimentos e a compreensão e dificuldades, obtêm ganhos positivos. Wright & Leahey (2013) afirmam que o que é singular no enfermeiro é a competência clínica e compaixão confiando “*que ele deve tentar ser bem informado e não apenas dar conselhos que podem ou não ser úteis. Acreditamos que enfermeiros devem considerar o escopo da prática como o cuidado para o qual eles são competentes, educados e autorizados a fornecer*” (p.239).

Os profissionais de saúde devem fornecer informação, esclarecimento e educação quanto às técnicas adequadas para a prestação de cuidados de modo a que as rotinas sejam menos desgastantes. Devemos despir todo o exagero tecnicista que caracteriza ainda muitas equipas de saúde, cuja principal preocupação assenta no científico, devendo sim estabelecer uma relação de confiança com o cuidador informal, de modo a que ele esteja suficientemente à vontade para confessar os seus receios e ansiedades, que podem afetar negativamente o seu papel de cuidador (Fernandes *et al*, 2002).

As intervenções assumem como tipologia, a promoção de competências para o desempenho do papel de prestador de cuidados e o desenho de intervenções no sentido da melhoria do bem-estar. Seja pela promoção do conhecimento teórico sobre a condição patológica do doente, pelo desenvolvimento de habilidades técnicas para a

prestação do cuidado, pela formação associada a ações de suporte, ou por modelos de gestão do *stress* (Andrade,2009).

Segundo Lopes (2009), é prioritário que seja feita uma preparação adequada da pessoa que vai assumir o papel de prestador de cuidados, ajudá-lo na construção de competências para que preste bons cuidados à pessoa dependente com satisfação no exercício do seu papel. O Enfermeiro preocupa-se em auxiliar a família a desenvolver as suas competências para encontrar as respostas aos problemas de saúde atuais, de maneira a que esta cumpra as suas funções de uma forma mais eficiente e saudável (Hanson, 2005). A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, assim como a sua permanência na comunidade (Martins et al, 2004).

Figueiredo (2009) refere que *“os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico”* (p.69). Esta relação terapêutica tem como finalidade a capacitação familiar a partir do seu potencial numa dinâmica promotora de soluções e mudanças convidando à participação de todos os seus elementos e restaurar a saúde da família.

O Enfermeiro de saúde familiar, dada a natureza de proximidade da sua atuação, tem em conta aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros das pessoas dependentes e das suas famílias, enquadrados no seu meio, bem como das suas interações. É o elo de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade (Hanson, 2005), possibilitando assim o processo de tratamento e a implementação de intervenções que permita a diminuição das consequências negativas para o prestador de cuidados e um melhor bem-estar, de modo a que quem cuida, não fique por cuidar (Santos et al, 2009).

A insuficiência de detalhes, descritos nos estudos pesquisados, converte a classificação das intervenções em planos de intervenção para cuidadores num trabalho difícil. Todavia Losada, Moreno-Rodríguez, Cigarán &Peñacoba (2006), fazem uma proposta de classificação explícita, que escolhemos como base para a realização do estudo empírico no que se refere à gestão da sobrecarga. Para a concretização do exercício académico adaptou-se à nossa realidade o seguinte conjunto de intervenções a desenvolver com os cuidadores informais pelos enfermeiros de família da USF Costa da Prata:

- **Internamentos de curta duração** – Proporcionam aos cuidadores informais tempo livre (exemplos: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Estruturas Residenciais para Idosos);
- **Intervenções ambientais** - Proporcionam ao cuidador um sentimento de controlo e segurança, em relação ao cuidado, através de alterações estruturadas no ambiente (Modificações ambientais e eliminação de barreiras e reorganização domiciliária);
- **Grupos de Suporte** – Partilham experiências ou opiniões sob orientação profissional (Grupo organizados no âmbito desta temática);
- **Intervenções Educativas** - Orientações dos Profissionais (atividades educativas em centros de saúde ou serviços sociais);
- **Intervenções Psicoeducativas** – Programa de Intervenção orientado por um profissional, estruturado com treino de competências ou estratégias dirigidas (Intervenções Psicoeducativas em grupo, individuais ou combinadas);
- **Intervenções baseadas nas novas tecnologias** – Formação através do recurso a novas tecnologias (Treino aos cuidadores através de computador/tablet/smartphone; ajuda telefónica a cuidadores);
- **Programas de ajuda combinada** – Os cuidadores recebem mais que um tipo de intervenção (Centro dia, serviço de ajuda no domicílio, intervenções educativas e psicoeducativas, intervenções ambientais);
- **Outros tipos de ajuda** – Outras opções que podem ajudar e esclarecer os cuidadores (apoio social).

Será indispensável que os enfermeiros de família identifiquem e compreendam os determinantes de saúde que influenciam cada pessoa e família e implementem programas/ intervenções adaptados às suas necessidades com vista a melhorar a sua qualidade de vida, baseados na evidência científica para a obtenção de ganhos em saúde.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordadas as questões metodológicas, designadamente o desenho do estudo, os participantes, os procedimentos, métodos utilizados na análise dos dados e considerações éticas.

A metodologia de investigação é uma etapa essencial, compreende o processo de escolha da estratégia de investigação, e determina a escolha dos métodos e técnicas que norteiam o processo de investigação. Estes devem ser adequados aos objetivos que se desejam atingir. A seleção da metodologia a utilizar depende do paradigma do investigador, ou seja, depende da sua visão do mundo, das suas crenças, o que determina a perspetiva segundo a qual ele pretende estudar determinado fenómeno (Fortin, 2009).

3.1. Desenho de estudo

A enfermagem, enquanto profissão percorreu um longo caminho até adquirir a notoriedade e a relevância de que usufrui nos dias de hoje. Reconhece-se este fato pelo contributo da formação e a dedicação na investigação através da produção e renovação constante do seu corpo teórico.

Este estudo foi suportado pelas diretrizes preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2006, que descrevem os quatro eixos prioritários de investigação em enfermagem: adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; estratégias inovadoras de gestão / liderança; formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

A adoção por um determinado método de investigação depende dos distintos fundamentos filosóficos que sustentam as inquietações e as orientações da respetiva pesquisa (Fortin, 2009). O estudo desenvolvido durante o estágio centrou-se na explicitação do modo como enfermeiro de saúde familiar atua nas suas práticas clínicas diárias no cuidado aos seus utentes, em particular aos cuidadores informais. Com uma abordagem quantitativa, elaborou-se uma investigação descritiva simples, na USF Costa da Prata. O cronograma de atividades foi a ferramenta a utilizada, para monitorizar as atividades realizadas durante o estágio (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

3.2. População e Amostra

Segundo Fortin (2009) a população é “ *um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns*” (p.19), e amostra é considerada uma parte de uma população sobre a qual se faz a investigação.

Para a constituição da amostra estabeleceram-se os seguintes **critérios de inclusão**:

- Cuidadores informais adultos (mais de 18 anos);
- Cuidador principal familiar ou não, não remunerado de pessoa com dependência;

E como **critérios de exclusão**:

- Cuidador formal;
- Utentes e/ou cuidadores não inscritos na USF Costa da Prata;

Fortin (2009) considera que “ *a amostragem acidental consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento*” (p.321), atendendo a isso utilizou-se uma amostragem acidental selecionaram-se os cuidadores informais que reuniram os critérios de inclusão previamente estabelecidos e se encontravam inscritos na USF Costa da Prata durante a realização do Estágio.

Após aprovação da comissão de ética da ARS Centro (novembro de 2015), efetuou-se a identificação dos cuidadores informais condizentes com os critérios de inclusão, tendo a amostra sido constituída por vinte seis cuidadores informais.

Pela impossibilidade de sinalizar no programa informático, que serve de apoio à prática da enfermagem (SClinico®), de maneira fidedigna, formal e quantificável, os cuidadores informais, o exercício para a sua diferenciação foi efetuada a partir dos registados realizados pelos enfermeiros de família com a identificação: *Dependência*. Identificaram-se 49 pessoas em situação de dependência, das quais nove encontravam-se institucionalizadas, sete com dependência temporária, cinco com cuidador formal e dois sem cuidador informal (Tabela 1).

Tabela 1- Identificação das pessoas em situação de dependência

Nº de pessoas dependentes institucionalizadas	9
Nº de pessoas com dependência temporária	7
Nº de pessoas dependentes com cuidador formal	5
Nº de pessoas dependentes sem cuidador informal	2
Nº de pessoas dependentes com cuidador informal	26
Total	49

(Fonte: SClinico®, Novembro,2015)

3.3.Objetivos para o estudo e Operacionalização das variáveis

Articulando as questões iniciais e tendo em conta a temática apresentada estabeleceram-se os seguintes objetivos orientadores deste estudo no âmbito do estágio:

- Identificar a existência de sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas dependentes da USF Costa da Prata;
- Identificar o grau de comprometimento nas atividades básicas de vida diária da pessoa dependente;
- Identificar as intervenções desenvolvidas no âmbito da enfermagem de saúde familiar, pelos enfermeiros de família da USF Costa da Prata, dirigidas à gestão da sobrecarga dos cuidadores informais.

Um estudo científico contém sempre variáveis, que devem estar implícitas nos objetivos e nas questões formuladas. As variáveis revelam aspetos relevantes dos fenómenos estudados, ou seja, é essencial saber individualizá-las e utilizá-las de modo adequado na investigação. Segundo Polit & Hungler (1995) deve ser feita uma diferenciação inicial entre variável dependente e independente, os mesmos autores diferenciam variável dependente como sendo aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever. Os dados demográficos e características pré-existentes dos investigados são chamadas de variáveis atributos (Fortin, 2009).

Tendo em conta estes conceitos considera-se variável dependente a sobrecarga dos cuidadores informais da USF Costa da Prata e as variáveis atributo serão utilizadas como variáveis independentes. Deste modo, ter-se-ão em conta as características sociodemográficas do cuidador informal; as características sociodemográficas da pessoa dependente e o seu grau de dependência para compreender a sua importância e eventual contributo para a existência de sobrecarga no cuidador informal.

Fortin (2009) considera que a operacionalização de um conceito é o processo pelo qual a variável traduzida, especificando as suas dimensões e determinando os indicadores para a sua medição. A sobrecarga irá ser operacionalizada através do questionário QASCI e as características sociodemográficas tanto do cuidador informal como da pessoa cuidada serão através de dois questionários realizados pela investigadora e o grau de dependência através do questionário índice de Barthel (Anexo I).

3.4. Instrumentos de Colheita de dados

No âmbito do presente estudo foram utilizados quatro instrumentos: Questionário de caracterização sociodemográfica e da contextualização da prestação de cuidados (anexo I); Questionário de caracterização sociodemográfica e co morbilidades da pessoa cuidada (anexo I); Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), traduzido, testado e validado para a população portuguesa por Martins, Ribeiro e Garrett (2003; 2004) para avaliação da sobrecarga do cuidador (anexo I); Índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel; Wade & Colin, 1988, traduzido e adaptado por Sequeira, 2007) para avaliação do grau de comprometimento nas atividades básicas de vida diária da pessoa dependente (Anexo I).

Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador e de contextualização da prestação de cuidados

O questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador e de contextualização da prestação de cuidados interroga informações acerca do género, idade, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, número de pessoas ao cuidado, período da prestação de cuidados, número de horas despendidas na prestação de cuidados, coabitação com a pessoa dependente, grau de parentesco com a pessoa dependente, ajuda na prestação de cuidados, existência de outros cuidadores e, existência de apoio institucional.

Questionário de caracterização sociodemográfica e co morbilidade da pessoa cuidada

O questionário de caracterização sociodemográfica e de co morbilidades da pessoa cuidada contempla informações relativas ao género, idade, estado civil, grau de escolaridade e patologias associadas.

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

Este questionário baseia-se na versão traduzida, testada e validada por Martins, Ribeiro & Garrett (2003; 2004). O QASCI é composto por 32 itens que integram sete dimensões: sobrecarga emocional relativa ao familiar (SE - 4 itens; 1-4) referência às emoções

negativas evidenciadas no cuidador informal, suscetíveis de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação; implicações na vida pessoal do cuidador (IVP - 11 itens; 5-15) avaliação das consequências sentidas por estar a cuidar do familiar, como a diminuição do tempo livre, saúde e limitações ao nível da vida social; sobrecarga financeira (SF - 2 itens; 16-17) referência às complicações económicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativa ao futuro; reações às exigências (RE - 5 itens; 18-22) compreende sentimentos negativos como perceção de ser manipulado ou a experiência de embaraço e/ou ofensa com os comportamentos manifestos por parte do familiar de quem cuida; perceção dos mecanismos de eficácia e controle (PMEC - 3 itens; 23-25) integra aspetos que capacitam ou facilitam a continuação do papel de cuidador informal ajudando a enfrentar os problemas decorrentes do seu desempenho; suporte familiar (SupF - 2 itens; 26-27) associa-se com o reconhecimento e o apoio da família face aos acontecimentos provocados pela doença; e satisfação com o papel e com o familiar (SPF - 5 itens; 28-32) abrange os sentimentos e as emoções positivas resultantes do desempenho do papel de cuidador informal e ligação afetiva estabelecida entre ambas as partes (cuidador informal e pessoa dependente). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência: “não/nunca” (valor=1), “raramente” (valor=2), “às vezes” (valor =3), “quase sempre” (valor=4), “sempre” (valor=5). Valores altos indicam maior sobrecarga no cuidador.

A escolha do instrumento para a avaliação da sobrecarga (QASCI) vincula-se ao fato de ser uma escala construída e validada para a população portuguesa, adaptando-se ao contexto social e cultural nacional. Incluí sete dimensões que permitem uma análise mais consistente da perspetiva conceptual e multidimensional da sobrecarga do cuidador. A análise da fidelidade ou consistência interna, é particularmente significativa em escalas de múltiplos itens, havendo vários procedimentos que permitem a sua avaliação, sendo o mais utilizado o cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*. Na nossa avaliação da consistência interna da escala, o valor da escala global foi de $\alpha = 0,90$, semelhante ao encontrado pelos autores (Martins et al 2004), e nas sete subescalas este valor foi superior a $\alpha = 0,50$, indicativo portanto de uma boa consistência interna.

Índice de Barthel

O instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD), será o *Índice de Barthel* (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1988; Sequeira, 2007) porque este instrumento de avaliação encontra-se disponível no programa de apoio à prática de enfermagem (SClinico®) possibilitando o registo da avaliação da dependência no processo individual da pessoa dependente participante no estudo. Este índice é composto por 10 atividades básicas de vida diária, cada atividade apresenta entre dois

a quatro níveis de dependência, em que a pontuação “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos consoante os vários níveis de diferenciação em cada item e a sua cotação global oscila de acordo com seguintes pontos de corte: totalmente dependente: <20 pontos; severamente dependente: 20-35 pontos; moderadamente dependente: 40 – 55 pontos; ligeiramente dependente: 60 – 89 pontos; independente: 90 – 100 pontos (Sequeira, 2007). Este índice proporciona a avaliação da capacidade funcional do indivíduo e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada atividade.

3.5.Procedimentos éticos e de colheita de dados

Em investigação é importante tomarmos disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam. Fortin (2009) refere os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana: “1) *respeito pelo consentimento livre e esclarecido*; 2) *o respeito pelos grupos vulneráveis*; 3) *o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais*; 4) *o respeito pela justiça e pela equidade*; 5) *o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes*; 6) *a redução dos inconvenientes* e 7) *a otimização das vantagens*” (p.186). Tendo em conta estes princípios foram pedidas autorizações para a realização deste estudo à Comissão de Ética da ARS-Centro e ao grupo de trabalho que traduziu, testou e validou para a população portuguesa o questionário QASCI (Anexo II).

A realização da colheita de dados, efetuou-se a partir de novembro de 2015 até fevereiro de 2016. Procedeu-se inicialmente ao contacto telefónico onde foram explicados os objetivos do estudo e as condições de confidencialidade. Após obtenção do consentimento informado foi marcada a visita domiciliária para a aplicação dos questionários. A visitação faz parte de uma metodologia de trabalho, do exercício de Enfermagem, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, “*podendo ser redefinida como um instrumento no conjunto dos instrumentos (técnicos, procedimentos e saberes) da Enfermagem em saúde colectiva, utilizando para intervenção no processo saúde-doença-familiar realizada no local de moradia, e não de trabalho ou estudo*” (Egry & Fonseca, 2000, p.235). Através da visitação domiciliária é possível conhecer as famílias no seu meio ambiente sendo uma importante ferramenta na identificação das suas necessidades reais.

O cuidador informal foi informado, de forma clara, do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação ou consequência. Foi assegurado o anonimato, privacidade e confidencialidade da colheita de informação, quer dos questionários quer da consulta do processo clínico.

Segundo Polit & Hungler (1995) é fundamental garantir a total privacidade aos sujeitos. Os direitos ou princípios, que regem esta investigação são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito um tratamento justo e leal.

Os questionários de colheita de dados são instrumentos de autopreenchimento, no entanto sempre que solicitado a investigadora auxiliou os participantes no seu preenchimento e esclarecimento de dúvidas.

3.7. Análise de dados

Segundo Fortin (2009), analisar é decompor um todo nos seus elementos constituintes, ou seja, o espírito vai do complexo para o básico, a fim de averiguar cada um dos componentes, sempre com o objetivo de propor uma justificação para um determinado fenómeno.

Polit & Hungler (1995) referem que “os dados de uma pesquisa constituem elementos de informação obtidos durante a pesquisa,” (p.28), sendo considerados os valores autênticos das variáveis em análise. Contudo, estes não respondem às questões de investigação, precisam de ser processados e analisados de forma ordenada e coerente.

Tratando-se de um estudo de abordagem quantitativa, os dados serão tratados estatisticamente através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 23.0, com recurso a estatística descritiva com o cálculo de frequências relativas e absolutas, média, moda e mediana e desvio padrão.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nesta fase procede-se à apresentação dos dados obtidos com o objetivo de dar resposta às questões de investigação. A apresentação está organizada, obedecendo à seguinte estrutura:

- Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes;
- Avaliação do nível de dependência;
- Patologia causadora de dependência das pessoas dependentes;
- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais;
- Contextualização da prestação de cuidados;
- Colaboração de instituições de reposta social;
- Avaliação da sobrecarga do cuidador informal;
- Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de família.

Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes

Das vinte e seis pessoas com dependência, 69,2% são do género feminino e 30,8% do masculino, a distribuição pela faixa etária encontra-se concentrada nos intervalos e (71-80) com 26,9% e (81-90) com 38,5%. Observa-se que a maioria é casada 50% e 38,5% são viúvos. Relativamente à escolaridade 19,2% sabem ler e escrever e 61,5% frequentaram o 1ºciclo (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes (n=26)

Características	Amostra global	Porcentagem
Gênero	Frequência (n)	%
Masculino	8	30,8
Feminino	18	69,2
Total	26	100
Faixa etária	Frequência (n)	%
(51-60)	2	7,7
(61-70)	4	15,4
(71-80)	7	26,9
(81-90)	10	38,5
Mais de 90	3	11,5
Total	26	100
Estado civil	Frequência (n)	%
Solteiro/a	2	7,7
Casado/a	13	50
Divorciado/a	1	3,8
Viúvo/a	10	38,5
Total	26	100
Escolaridade	Frequência (n)	%
Não sabe ler nem escrever	1	3,8
Sabe ler e escrever	5	19,2
1ºciclo	16	61,5
2ºciclo	3	11,5
3ºciclo	1	3,8
Total	26	100

Avaliação do nível de dependência

Os resultados mostram que 38,5% das pessoas cuidadas são totalmente dependentes 11,5% severamente dependentes, 46,2% moderadamente dependentes e 3,8% ligeiramente dependente (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação do nível de dependência

Tipo de dependência	Frequência (n)	%
Totalmente dependente	10	38,5
Severamente dependente	3	11,5
Moderadamente dependente	12	46,2
Ligeiramente dependente	1	3,8
Total	26	100,0

Patologia causadora de dependência das pessoas dependentes

Verifica-se na tabela quatro a distribuição das pessoas dependentes de cuidados, por patologia, identificada clinicamente como causadoras de dependência: 34,6% por acidente vascular cerebral, (AVC) 23,1% por doenças músculo esquelética, 15,4% por doença de Alzheimer, 15,4% por Parkinson, 7,7% por doença oncológica e 3,8% por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Tabela 4 – Distribuição das pessoas dependentes por patologias causadoras de dependência

Patologia principal	Frequência (n)	%
AVC	9	34,6
Alzheimer	4	15,4
Parkinson	4	15,4
DPOC	1	3,8
Doença Oncológica	2	7,7
Doença Musculo Esquelético	6	23,1
Total	26	100,0

Caraterização sociodemográfica dos cuidadores informais

Dos vinte seis cuidadores informais 84,6% são do género feminino e 15,4% do masculino, a distribuição por faixa etária converge nos intervalos (61-70) com 34,6% e (71-80) com 30,8%. Constata-se que 76,9% são casados representando a maioria. Relativamente à escolaridade 3,8% não saber ler nem escrever, 7,7% sabe ler e escrever, 53,8% frequentou o 1ºciclo, 15,4% frequentou o 2ºciclo, 7,7% o 3ºciclo e 11,5% o ensino superior. No que respeita à situação laboral 26,9% está empregado, 3,8% desempregado, 57,7% reformado e 11,5% é doméstico(a) (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização Sociodemográficas dos Cuidadores Informais (n=26)

Características	Amostra global	Porcentagem
Gênero	Frequência (n)	%
Masculino	4	15,4
Feminino	22	84,6
Total	26	100
Idade	Frequência (n)	%
(18-30)	2	7,7
(31-40)	0	0,0
(41-50)	2	7,7
(51-60)	4	15,4
(61-70)	9	34,6
(71-80)	8	30,8
(81-90)	1	3,8
Total	26	100
Estado Civil	Frequência (n)	%
Solteiro/a	3	11,5
Casado/a	20	76,9
Divorciado/a	1	3,8
Viúvo/a	2	7,7
Total	26	100
Escolaridade	Frequência (n)	%
Não sabe ler nem escrever	1	3,8
Sabe ler e escrever	2	7,7
1ºciclo	14	53,8
2ºciclo	4	15,4
3ºciclo	2	7,7
Ensino Superior	3	11,5
Total	26	100
Situação laboral	Frequência (n)	%
Empregado/a	7	26,9
Desempregado/a	1	3,8
Reformado/a	15	57,7
Doméstico/a	3	11,5
Total	26	100

Contextualização da prestação de cuidados

Os dados da tabela seis demonstram que 96,2% dos cuidadores presta cuidados a uma pessoa e 3,8% a mais que uma. O grau de parentesco que os une em 50% é marido/esposa e 42,3% são filho/a. A regularidade dos cuidados é diária em 92,3% dos participantes e 76,9% gastam mais de cinco horas por dia na prestação dos cuidados. Em média 30,8% dos cuidadores cuida do seu familiar entre 1 a 2 anos e 34,6% entre 3 a 5 anos. Relativamente à coabitação a maioria 76,9% vive em conjunto com a pessoa dependente. Em 46,2% das famílias (cuidador/pessoa cuidada) vivem sozinhas no

entanto as que tem coabitantes têm a sua ajuda na prestação dos cuidados em 46.2% dos casos.

Tabela 6 – Contextualização da prestação de cuidados

Contextualização da prestação dos cuidados	Amostra global	Percentagem
Nº de pessoas cuidadas	Frequência (n)	%
Uma	25	96,2
Mais do que Uma	1	3,8
Total	26	100
Parentesco	Frequência (n)	%
Marido / Esposa	13	50
Filho/a	11	42,3
Nora / Genro	1	3,8
Tia-avó	1	3,8
Total	26	100
Regularidade do cuidado	Frequência (n)	%
Todos os Dias	24	92,3
Aos "meses"	1	3,8
Às semanas	1	3,8
Total	26	100
Nº de horas despendidas por dia a cuidar	Frequência (n)	%
De 2 a 3 horas	2	7,7
De 3 a 5 horas	4	15,4
Mais de 5 horas	20	76,9
Total	26	100
Tempo de prestação de cuidados	Frequência (n)	%
Menos de 1 ano	4	15,4
Entre 1 a 2 anos	8	30,8
Entre 3 a 5 anos	9	34,6
Entre 6 a 10 anos	5	19,2
Total	26	100
Coabitação	Frequência (n)	%
Vive sempre consigo	20	76,9
Vive por períodos na sua casa	3	11,5
Vive por períodos consigo na casa dela	1	3,8
Não vive consigo	2	7,7
Total	26	100
Ajuda de outros familiares coabitantes	Frequência (n)	%
Sim	12	46,2
Não	2	7,6
Ausência de coabitantes	12	46,2
Total	26	100

Colaboração de instituições de resposta social

Em relação à colaboração das instituições de resposta social com os cuidadores constatou-se que 76,9% não recebe qualquer tipo de ajuda. Apenas 23,1% recebe ajuda de uma instituição, a Santa Casa Da Misericórdia de Ílhavo (Tabela 7).

Tabela 7 - Colaboração de instituições de resposta social

Colaboração de instituições de resposta social	Frequência (N)	%
Sim	6	23,1
Não	20	76,9
Total	26	100
Instituição identificada	Frequência (N)	%
Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo	6	100
Total	6	100

Avaliação da sobrecarga do cuidador informal

Na tabela oito agruparam-se as respostas fornecidas pelos cuidadores ao QASCI relativamente à sobrecarga emocional, social, financeira e física., distribuídas pelas várias dimensões (Sobrecarga Emocional (SE); Implicações na vida Pessoal (IVP); Sobrecarga Financeira (SF); Reações às exigências (RE); Mecanismos de Eficácia e de Controlo (PMEC); Suporte Familiar (SupF); Satisfação com o Papel e com o Familiar (SPF)). Como utilizamos a totalidade da escala os itens relativos às dimensões PMEC, SupF, SPF devem ser invertidos para que os valores mais altos correspondam a situações de maior sobrecarga e *stress* (Martins et al, 2003).

Tabela 8 – Distribuição de repostas dos cuidadores informais ao QASCI

Opções de resposta	Itens	Não/ Nunca		Raramente		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sobrecarga Emocional (SE)	1	3	11,5	4	15,4	16	61,5	3	11,5	0	0
	2	2	11,5	3	11,5	17	65,4	3	11,5	1	3,8
	3	2	7,7	7	26,9	11	42,3	5	19,2	1	3,8
	4	14	53,8	4	15,4	6	23,1	2	7,7	0	0
Implicações na vida Pessoal (IVP)	5	6	23,1	3	11,5	7	26,9	9	34,6	1	3,8
	6	1	3,8	4	15,4	6	23,1	13	50	2	7,7
	7	3	11,5	7	26,9	6	23,1	6	23,1	4	15,4
	8	1	3,8	3	11,5	7	26,9	4	15,4	11	42,3
	9	1	3,8	10	38,5	10	38,5	5	19,2	0	0
	10	4	15,4	3	11,5	8	30,8	3	11,5	8	30,8
	11	1	3,8	1	3,8	6	23,1	4	15,4	14	53,8
	12	2	7,7	2	7,7	17	65,4	2	7,7	3	11,5
	13	17	65,4	5	19,2	3	11,5	1	3,8	0	0
	14	5	19,2	3	11,5	5	19,2	5	19,2	8	30,8
	15	5	19,2	7	26,9	13	50	1	3,8	0	0
Sobrecarga Financeira (SF)	16	13	50	8	30,8	4	15,4	1	3,8	0	0
	17	12	46,2	6	23,1	7	26,9	1	3,8	1	3,8
Reações às exigências (RE)	18	8	30,8	6	23,1	8	30,8	4	15,4	0	0
	19	15	57,7	6	23,1	4	15,4	1	3,8	0	0
	20	8	30,8	11	42,3	5	19,2	2	7,7	0	0
	21	10	38,5	12	46,2	1	3,8	2	7,7	1	3,8
	22	18	69,2	4	15,4	1	3,8	2	7,7	1	3,8
Mecanismos de Eficácia e de Controlo* (PMEC)	23	1	3,8	4	15,4	18	69,2	0	0	3	11,5
	24	1	3,8	1	3,8	9	34,6	3	11,5	12	46,2
	25	1	3,8	1	3,8	17	65,4	4	15,4	3	11,5
Suporte Familiar* (SupF)	26	2	7,7	0	0	4	15,4	2	7,7	18	69,2
	27	3	11,5	2	7,7	1	3,8	2	7,7	18	69,2
Satisfação com o Papel e com o Familiar* (SPF)	28	0	0	0	0	1	3,8	2	7,7	23	88,5
	29	0	0	2	7,7	4	15,4	5	19,2	15	57,7
	30	0	0	1	3,8	0	0	5	19,2	20	76,9
	31	0	0	1	3,8	4	15,4	5	19,2	16	61,5
	32	0	0	2	7,7	8	30,8	6	23,1	10	38,5

*pontuações invertidas

A tabela nove resume a informação das subescalas do QASCI, onde se pode analisar as médias, valores mínimos e máximos, desvio padrão. As dimensões em que os cuidadores demonstram maior sobrecarga são a implicações de vida pessoal (IVP) (M=51,40%), mecanismos de eficácia e de controlo (PMEC) (M=40,06%) e sobrecarga emocional (SE) (M=39,66%). A dimensão onde os cuidadores percecionam menor sobrecarga são na satisfação com o papel e com a família (SPF) (M=14,42%) e suporte familiar (SupF) (M=19,23%).

Tabela 9- Distribuição por subescalas do Qasci

Subescalas	Nº de itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
SE	4	26	12,5	87,5	39,66	17,77
IVP	11	26	6,82	75	51,4	17,94
SF	2	26	0	62,5	20,67	21,49
RE	5	26	0	60	22,69	19,66
PMEC*	3	26	16,67	100	40,06	17,48
SupF*	2	26	0	100	19,23	32,83
SPF*	5	26	0	55	14,42	13,88
QUASCI escala global	32	26	8,11	45,47	26,78	2,01

*Pontuações invertidas

De acordo com os pontos de corte estabelecidos por Martins et al (2004), ausência de sobrecarga situa-se em valores iguais a zero, sobrecarga ligeira entre um a vinte cinco por cento, sobrecarga moderada entre vinte cinco e cinquenta por cento, sobrecarga grave entre cinquenta e setenta e cinco por cento e sobrecarga extrema entre setenta e cinco e cem por cento. Os níveis de sobrecarga que predominam na população dos cuidadores participantes do estudo são sobrecarga ligeira 38,5% e sobrecarga moderada 61,5% (Tabela 10).

Tabela 10 – Nível de sobrecarga dos cuidadores informais

Nível de sobrecarga	N	%
Ausência sobrecarga (0)	0	0
Sobrecarga ligeira (1-25)	10	38.5
Sobrecarga moderada (25-50)	16	61.5
Sobrecarga grave (50-75)	0	0
Sobrecarga extrema (75-100)	0	0
Total	26	100

Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de família

Após avaliação da sobrecarga do cuidador informal pela investigadora, as intervenções desenvolvidas e implementadas pelos enfermeiros de família da USF Costa da Prata, observadas no processo individual durante a colheita de dados (registos do SClínico® realizados pelos enfermeiros de família) distribuíram-se entre: 30,77% internamentos de curta duração, 7,69% intervenções ambientais, 26,92% intervenções educativas, 19,23% programas de ajuda combinada e 15,39% outros tipos de ajuda como se pode observar na tabela onze.

Tabela 11. Intervenções implementadas com os cuidadores e famílias (Adaptado de Losada et al (2006))

Intervenções	N	%
Internamentos de curta duração	8	30,77
Intervenções ambientais	2	7,69
Grupos de suporte	0	0
Intervenções Educativas	7	26,92
Intervenções Psicoeducativas	0	0
Intervenções baseadas nas novas tecnologias	0	0
Programas de ajuda combinada	5	19,23
Outros tipos de ajuda	4	15,39
Total	26	100

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa pretende-se analisar e interpretar os dados do estudo empírico que se considera serem mais pertinentes, pelo seu valor intrínseco em analogia com estudos desenvolvidos sobre a temática, seguindo a ordem de apresentação anterior.

A amostra (n=26) é composta por cuidadores informais que satisfazem os critérios de inclusão definidos e que se mostraram acessíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados. Pelo seu carácter não probabilístico e tamanho reduzido, esta amostra pressupõe então limitações na eventualidade de se fazerem generalizações à restante população (Fortin, 2009).

Em relação ao perfil das vinte seis pessoas dependentes, 8 são do género masculino e 18 são do género feminino. A idade variou entre os intervalos [51-60] e mais de 90 anos sendo que o intervalo entre [81-90], o que compreende 38,5% dos dependentes. Tal como se verifica nos nossos resultados, a melhoria das condições de vida sociais e económicas, aliadas ao crescente avanço tecnológico, em particular na área da saúde, têm contribuído para o aumento da longevidade humana, instigando o envelhecimento demográfico no topo da pirâmide etária gerando inevitavelmente efeitos (Azeredo, 2011), no aumento do numero de pessoas dependentes levando à reestruturação da sociedade e em particular da cada família no sentido de dar resposta às necessidades destas pessoas. Em Portugal, mantêm-se a tendência para esse aumento conjuntamente com a diferença da percentagem entre géneros, tendo como referência as taxas de mortalidade de 2012-2014, a esperança média de vida do género masculino é 77,16 anos e do género feminino de 82,03 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Estes resultados vão de encontro à *sobremortalidade* masculina e à maior longevidade nas mulheres.

Fontaine (2000) refere o fato de “*as mulheres terem uma esperança de vida significativamente maior do que a dos homens (entre cinco a dez anos conforme os países)*” (p. 49). Em razão dos riscos de mortalidade superiores com que a população masculina se defronta ao longo da vida, o número de sobreviventes do género masculino nas idades mais avançadas é expressivamente menor aos do género feminino (INE, 2014).

Relativamente ao estado civil a maioria dos dependentes 50% (n=13) é casada e 38,5% (n=10) são viúvos, dados semelhantes são encontrados em outros estudos realizados em idosos não institucionalizados (Amaral e Vicente, 2000; Cabete, 2005; Araújo et al., 2007).

No que se refere à escolaridade, e tal como verificado noutras pesquisas (Amaral & Vicente, 2000; Cabete, 2005; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008; Sequeira, 2007; Silva, 2013), os baixos níveis de escolaridade neste grupo populacional são predominantes; 61,5% apresenta habilitações ao nível do 1º ciclo e 19,2%, sabe ler e escrever, embora não tenha frequentado o ensino primário, sendo consistente com os dados nacionais que indicam que a maioria da população idosa não possui um nível de instrução completo (INE, 2009).

Acerca do nível de dependência nas atividades básicas de vida diária constatou-se que 46,2% dos doentes são moderadamente dependentes e 38,5% são totalmente dependentes necessitando de ajuda na maioria das atividades o que está em concordância com diversas investigações (Paúl, 1997; Martins et al, 2003; Carretero Gómez, Garcés Ferrer, Ródenas & San José, 2006; Sequeira, 2007). Para Sequeira (2010), a dependência surge em consequência de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade, resultante de um processo patológico ou acidente. Como a limitação na atividade não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, a sua compensação requer a ajuda de outra pessoa.

Neste sentido as patologias causadoras da dependência, mais prevalentes na amostra são: o AVC 34,6%, seguido por doenças musculo esqueléticas 23,1% e em percentagem igual 15,4% a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, sendo condizentes com os estudos pesquisados (Andrade, 2009; Araújo, Paúl & Martins, 2011; Guedes, 2011).

Verifica-se que em relação ao perfil dos cuidadores, a maioria são do género feminino 84,6% e apenas 15,4% são do género masculino (Paúl, 1997; Martín, Paúl & Roncon, 2000; Brito, 2001; Martins, Ribeiro e Garrett, 2003; Santos, 2004; Lage, 2005; Carretero Gómez et al., 2006; Salgueiro, 2006; Sousa et al, 2006; Marques, 2007; Guedes, 2011). A prestação de cuidados ao longo do ciclo vital é historicamente função da mulher estando ao seu encargo a responsabilidade de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes, o que se traduz num processo de distribuição dos papéis relativamente ao género, observado ao longo dos tempos e que continua enraizado na cultura sendo transmitido de geração e geração (Paúl, 1997; Collière, 2003).

No que concerne à distribuição por faixa etária há uma convergência no intervalo [61-70] com 34,6% e 30,8% no intervalo [71-80], não indo de encontro aos estudos que referem que em média os cuidadores informais se situam entre os 40-59 anos, apesar de admitirem que o grau de amplitude seja variável nesta característica (Sequeira, 2007; Ferreira, 2008; Fernandes, 2009) Porém outros estudos mostram que os cuidadores são

também eles idosos, corroborando os dados colhidos (Martín et al, 2000; Martins et al, 2003; Marques, 2007; Mata, Pimentel & Sousa, 2012).

A maioria é casada 76,9% e 11,5% são solteiros, resultados observados também em outros estudos (Martín et al, 2000; Martins, et al, 2003; Santos, 2005). Em termos de escolaridade 53,8% frequentou o ensino primário e 15,4 frequentou o 2º ciclo à semelhança dos resultados analisados por Martín et al (2000); Brito (2001); Martins et al (2003); Carretero Gómez et al. (2006). Em relação à situação laboral 57,7% dos cuidadores informais estão reformados o que é condizente com o posicionamento relativo à faixa etária predominante e 26,9% exercem uma atividade laboral, o que poderá potenciar as suas dificuldades. Mata & Rodriguez (2012) na sua investigação referem que é colocada a hipótese por parte dos cuidadores ativos profissionalmente de abandonarem a sua atividade. Paralelamente à questão cultural, a desvalorização do trabalho feminino e os salários mais baixos, conduzem as mulheres a permanecer em casa ou a abandonar a atividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença.

No domínio dos cuidados constata-se que 96,2% dos cuidadores informais têm a seu cargo uma pessoa e o grau de parentesco verifica-se o predomínio dos cônjuges 50% (n=13), seguindo-se os filhos 42,3% (n=11) e por último outros graus de parentesco (onde foram integradas noras/genros e tia-avó), estes resultados também foram encontrados por Santos, 2004; Carretero Gómez et al., 2006; Marques, 2007. Assim, quanto ao parentesco e proximidade afetiva, o cuidador informal é geralmente um membro da família ou alguém muito próximo. Quando a pessoa dependente é casada o cônjuge surge na literatura como o principal cuidador seguindo-se a descendência, com predominância do sexo feminino, ou seja, na ausência do cônjuge, é geralmente a filha que assume o papel de principal prestadora de cuidados (Martín, 2005; Sequeira, 2010).

Quanto à regularidade do cuidado, a maioria 92,3% assegura a prestação de cuidados de uma forma contínua (todos os dias) e cuidam mais de cinco horas (76,9%) diariamente. Os resultados do estudo realizado por Carretero Gómez et al. (2006) com cuidadores de pessoas dependentes revelam que estes prestam cuidados com uma frequência e periodicidade intensa durante muitas horas por dia. Cerca de 34,6% cuida dos seus familiares dependentes no intervalo de tempo entre 3 a 5 anos e 30,8% entre 1 a 2 anos. Verifica-se, ainda, que uma percentagem considerável de cuidadores (76,9%) que partilham a habitação com a pessoa cuidada, à semelhança do referido nos estudos de Brito (2001); Santos (2004) e Marote, Del Carmen, Leodoro & Pestana (2005).

Observa-se que 46,2 % (n=12) dos cuidadores vivem sozinhos com a pessoa dependente e que os que partilham a habitação com outros membros da família dividem os cuidados no dia-a-dia (46,2%). As principais fontes de ajuda dos cuidadores são provenientes do sistema informal ou seja família alargada, amigos e vizinhos o que também foi verificado em diversos estudos (Imaginário, 2004; Carretero Gómez et al., 2006). Relativamente à ajuda para cuidar 76,9% dos sujeitos da amostra não recebem qualquer tipo de ajuda, destacando-se que apenas em 23,1% das situações esta ajuda provém do sistema formal, dados que confirmam ainda apoio insuficiente aos cuidadores tendo sido encontrados, igualmente, por Imaginário (2004) e Carretero Gómez et al. (2006); Lemos (2012). Salienta-se que foi identificada unicamente a colaboração da Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo, sendo expectável, pois esta instituição serve as populações mais vulneráveis do município desde 1919, e na atualidade possui uma carteira de ofertas em respostas sociais nomeadamente no apoio domiciliário às pessoas e famílias em situação de dependência temporária ou definitiva.

Os cuidadores participantes do estudo percecionam em média, nível moderado de sobrecarga nas subescalas *emocional (SE)* (M=39,66), e *mecanismo de eficácia e controle (PMEC)* (M=40,06) e sobrecarga grave *na subescala implicações na vida pessoal (IVP)* (M=51,4). A influência do valor elevado da dimensão *implicações na vida pessoal (IVP) do cuidador* poderá ser esclarecida pelo tempo afeto ao ato de cuidar, existindo frequentemente uma necessidade contínua de vigilância e acompanhamento das pessoas dependentes, acresce-se ainda concomitantemente outras atividades como cuidar da casa ou de outros familiares exacerbado pela ausência de ajudas. Assim sendo as *implicações na vida pessoal do cuidador* integram um fator fundamental na avaliação da sobrecarga (Santos, 2004).

Os domínios com pontuações mais baixas correspondem a duas dimensões positivas do QASCI (*suporte familiar* (M=19,23) *satisfação com o papel e com o familiar* (M=14,42)), podendo-se afirmar que a maioria dos cuidadores se encontra satisfeita com o desempenho do papel e com a relação de proximidade com o seu familiar. Inerente ao cuidado informal existe uma dualidade negativa e positiva, que compreende as consequências negativas do desempenho de um papel exigente e da exposição a inúmeras situações complexas imprevisíveis (restrição de tempo, mais esforço físico, diminuição dos recursos económicos, reorganização de espaço e adaptações ambientais, conflitos familiares, dificuldade de adaptação às exigências do cuidar, quebra da rotina social e laboral e a disponibilidade emocional) e por outro lado a satisfação e o bem-estar pelo trabalho desenvolvido (Lawton, Kleban, Moss, Rovine & Glicksman, 1989; Santos, 2004). Há cuidadores que descrevem que o ato de cuidar se

revela com um significado negativo (sobrecarga), para outros o significado é positivo (gratidão, crescimento, amor e dever) (Araújo, Paúl & Martins, 2009). O tempo de prestação de cuidados e o aumento da sua frequência poderá gerar, no cuidador, sentimentos contraditórios, simultaneamente desejando que a sua responsabilidade acabe e o sentimento de orgulho pelo papel que desempenha na vida do seu familiar. A maioria dos estudos salienta os aspetos negativos do cuidar, na medida em que são estes, que apresentam maior pertinência no âmbito da atuação dos profissionais de saúde (Salgueiro, 2006).

Os níveis de sobrecarga percebidos pelos cuidadores informais da USF Costa da Prata são a sobrecarga ligeira (n=10) e a sobrecarga moderada (n=16). Cuidar de uma pessoa dependente pode conduzir ao esgotamento, pondo em causa a saúde do cuidador levando em algumas situações à exaustão física, psicológica e à incapacidade de cumprimento do papel (Paúl, 1997). Este fato pode ser explicado pela constituição da nossa amostra, maioritariamente cuidadores mais velhos, manifestando-se em menor capacidade de adaptação por serem menos flexíveis e tolerantes (Martins, 2006).

Não obstante, as adversidades e os constrangimentos os cuidadores geralmente consideram-se movidos pela certeza que são as pessoas mais indicadas para cuidar do doente aliado a um sentimento de altruísmo. A decisão de institucionalizar o familiar dependente é considerada o derradeiro recurso na medida em que pressupõe assumir a sua incapacidade (Garrett, 2005), em associação aos conceitos de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade (Pimentel, 2001).

A enfermagem preconiza uma prestação de cuidados de qualidade, de modo integral, numa perspetiva holística (individual e à família) desempenhando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento e reabilitação. O enfermeiro de família, no seio da equipa multidisciplinar, durante a consulta de enfermagem identifica a necessidade de cuidados da pessoa dependente/cuidador, estabelecendo prioridades no cuidado. Formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais de cada interveniente neste processo dinâmico (Carvalho, 2009).

Neste sentido, otimizando estas práticas colaborativas, os enfermeiros de família da USF Costa da Prata, após tomarem conhecimento dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais participantes no estudo, desenvolveram para gerir a sobrecarga dos cuidadores, as seguintes intervenções: internamentos de curta duração 30,77% (permitindo algum tempo para si ao cuidador informal (internamentos de curta duração para “*descanso do cuidador*” na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados),

intervenções ambientais 7,69% (nomeadamente disposição de móveis e objetos que devem ter fácil acesso, como por exemplo aspirador de secreções), intervenções educativas 26,23% (de acordo com as necessidades formativas), programas de ajuda combinada 19,23% (necessidades formativas e intervenções ambientais) e outros tipos de ajuda 15,39% (encaminhamento para URAP – assistente social, para esclarecimento das respostas sociais).

É importante referir que os grupos de suporte, as intervenções baseadas nas novas tecnologias e as intervenções psicoeducativas não foram selecionadas por nenhum enfermeiro de família.

Losada et al (2006) na sua investigação evidenciam a necessidade de melhorar os recursos existentes, designadamente a psicoeducação, comprovado, também noutros estudos (Sorensen, Pinquart, & Duberstein, 2002; Silva, 2009; Mata et al, 2013) que indicam, o quão esta prática tem efeitos na diminuição da sobrecarga nos cuidadores quando utilizada isolada ou em complementaridade com outras. No entanto faltam profissionais formados e qualificados sendo um entrave à sua difusão. Nesta lógica seria necessário reformular ou criar novos programas de intervenção no sentido de aumentar a sua eficácia levando à capacitação e melhoria do bem-estar dos cuidadores, que se encontra circunscrita aos recursos e intervenções disponíveis atualmente nos serviços, que por si só poderão ainda ser insuficientes.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

As famílias continuam a garantir, sempre que lhes seja viável, os cuidados aos seus membros dependentes, com o intuito de os manter no seu meio ambiente, o mais tempo possível, independentemente do crescente envelhecimento populacional e aumento das doenças crónicas e incapacitantes.

Os cuidadores informais no seio da família representam um papel central na prestação de cuidados, suporte e ajuda aos seus membros dependentes durante uma fase ou para o resto da sua vida. A assunção do papel de cuidador informal implica, no entanto, readaptações dos papéis dentro do sistema familiar e alterações sociais, laborais, económicas e financeiras complexas. Face ao exposto é imperativo intervir junto das famílias, com base na evidência científica, de forma antecipada e eficiente no sentido de garantir o bem-estar do cuidador e dos doentes que estão ao seu cuidado (Martins et al 2003).

Para compreender a sobrecarga e os motivos pelos quais esta situação desencadeia consequências negativas no bem-estar do cuidador torna-se fundamental a análise do contexto da prestação de cuidados e das características do cuidador informal de maneira a entender quais os percursos da perda de qualidade de vida do próprio e que poderão pôr em causa o cuidado à pessoa que dele depende.

Perante o percurso investigativo, assente nos objetivos formulados em articulação com as questões que orientam o estudo e a perspetiva teórica, podem-se inferir algumas conclusões.

Os cuidadores informais que constituem a amostra estudada são essencialmente mulheres (cônjuges e filhas), na maioria com mais de sessenta anos, casadas, com um grau de escolaridade baixo, não ativas profissionalmente em coabitação permanente com a pessoa de quem cuidam na generalidade sem ajuda dos recursos da comunidade. Apresentam níveis de sobrecarga ligeira e moderada. Sendo as dimensões *implicações na vida pessoal* do cuidador, a *sobrecarga emocional* e a *perceção dos mecanismos de eficácia* resultantes do processo de cuidar constituem fatores determinantes da sobrecarga do cuidador. E as dimensões, *satisfação com o papel e com o familiar e controlo* e o *suporte familiar* aparentam atenuar a sobrecarga física, emocional e social.

As intervenções desenvolvidas para gerir a sobrecarga pelos enfermeiros de família distribuem-se sobretudo em internamentos de curta duração, intervenções ambientais,

intervenções educativas, programas de ajuda combinada (necessidades formativas e reorganização ambiental) e outros tipos de ajuda (apoio social).

Em todos os estudos científicos, subsistem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação. É conveniente refletir sobre eles, e na sua influência, uma vez que, estes podem ser considerados como oportunidades para melhorar o trabalho desenvolvido, estabelecendo novos caminhos para futuras investigações e aplicabilidade à prática clínica.

Pela sua realização em âmbito académico, ficou condicionado pelo horizonte temporal, previamente determinado para a sua concretização, o que impôs restrições, relativamente à possibilidade de efetuar a avaliação da sobrecarga após intervenção dos enfermeiros de família e seus ganhos em saúde. No entanto após ter sido disponibilizada, recentemente uma escala de avaliação do *stress* do cuidador informal, no programa de apoio à prática de enfermagem, permitirá aos enfermeiros de família a prossecução do trabalho iniciado com o investigador.

Uma das grandes preocupações considerada, desde o início da conceptualização da investigação, foi realizar um estudo científico pautado pelo rigor metodológico com a maior isenção possível. Na recolha de dados, o viés do investigador integra uma possibilidade de influenciar alguns resultados, a considerar, porque alguns cuidadores informais solicitaram a sua colaboração no preenchimento dos questionários devido à dificuldade de compreensão de algumas questões.

Apesar de se tratar de um estudo quantitativo, o tamanho da amostra necessitaria de ser constituída por mais elementos, para existir a possibilidade de se fazerem generalizações, o seu reduzido numero constitui-se fator impeditivo para que as conclusões sejam extrapoladas para outras realidades.

As particularidades da população dependente designadamente a elevada taxa de mortalidade e morbilidade associada limita os tempos para desenvolver atividades de gestão da sobrecarga dos cuidadores informais e sua avaliação após intervenção, exigindo outro tipo de intervenção do enfermeiro de família nomeadamente na preparação, apoio e acompanhamento do processo de luto.

O uso de todas as intervenções também foi limitado ao que é exequível na prática, havendo diversos fatores que determinaram o seu afunilamento (ausência de formação dos enfermeiros de família para implementação da psicoeducação, a inexistência de grupos de suporte nas proximidades, a impossibilidade de acesso às ajudas baseadas nas novas tecnologias).

Este estudo fornece resposta às duas questões inicialmente colocadas fornecendo um indício para novas abordagens na área pelos enfermeiros de família da USF Costa Da Prata como por exemplo a realização de programas de psicoeducação ao cuidador informal em contexto de multidisciplinaridade (com a psicóloga da URAP e com as enfermeiras especialistas em Saúde Mental da Unidade de Cuidados na Comunidade Laços de Mar e Ria; criação de um grupo de suporte para partilha de experiências em parceria com a UCC Laços de Mar e Ria e as outras Unidades de Saúde Familiar do Centro de Saúde Ílhavo no sentido de otimizar os recursos existentes na comunidade).

Sugere-se a reavaliação da sobrecarga um ano após a primeira avaliação e seria enriquecedor monitorizar outros parâmetros como, por exemplo, os fármacos consumidos e patologias dos cuidadores informais antes e depois das intervenções desenvolvidas com o objetivo de medir os ganhos em saúde.

Conhecendo e clarificando os diversos fatores envolventes torna possível uma atuação proactiva relativamente à problemática. Deste modo esta será beneficiada por um conjunto de intervenções preventivas e de cuidados individualizados à família e seus membros, através de estratégias de suporte planeadas que poderão ajudar a alcançar resultados que promovam o bem-estar do cuidador (Lage & Mata, 2013). Pelo que urge investir na formação dos enfermeiros de família e na intervenção junto dos cuidadores em parceria com as famílias, identificando e conhecendo cada caso em particular, para poder atuar de uma forma sustentada, com vista à prevenção de situações de exaustão.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O Estágio, como unidade curricular foi uma opção que se apresentou determinante no processo de formação, no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar levando ao crescimento em várias dimensões pessoal, profissional e das organizações que colaboraram permitindo o encontro e adaptação do conhecimento com base na evidência científica facilitando a manutenção e melhoria da qualidade nos cuidados prestados à pessoa e família. Possibilitou à estudante conhecer outro local e outras práticas no domínio do exercício profissional possibilitando mobilizar os conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas da saúde familiar, de maneira equilibrada, sendo por isso benéfico para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática profissional pessoal. É de referir que no decurso do estágio, surgiram alguns obstáculos, mas o estímulo, incentivos e a motivação impulsionaram a continuação do caminho de maneira suplantando-os.

O presente relatório reúne a informação essencial para uma correta avaliação do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, desde a sua contextualização, análise crítica reflexiva do desenvolvimento de competências, o estudo empírico e dificuldades inerentes a todo o processo. De forma global, os objetivos propostos nas diferentes fases do trabalho foram atingidos.

A família é a unidade basilar da sociedade constituída por indivíduos com ancestrais comuns. E sendo assim é no seio das relações familiares que as ocorrências de vida individuais adquirem a sua significação sendo através dela que se experiencia, o nascer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação e o morrer. É nela que cada membro busca o apoio necessário para superar os momentos de crise, o que origina, em determinadas alturas, a prestação de cuidados pela família (Marques, 2007).

Ruder (2008) sugere que desde sempre a família é reconhecida como um grupo de suporte para as crianças, os idosos e os mais vulneráveis, e com o desenrolar dos anos cada vez mais sobrecarregado pelas questões sociais culturais, laborais, relacionais e económicas. Mas a evolução e a transformação que caracterizam de maneira expressiva a atualidade contribuíram para o despontar de novas conceções de família, novas dinâmicas, novos valores, novas organizações e diversos tipos com diferentes identidades tornando-se num fenómeno de carácter global e profundo.

Em Portugal, reconhecendo a sua relevância, a enfermagem tem procurado acompanhar estas mudanças complexas da família, colaborando para a preservação de um dos pilares fundamentais da sociedade, ao longo do seu ciclo vital, na figura do enfermeiro de família. Alicerçado no parecer da OMS, este emerge como um

profissional, integrado numa equipa multidisciplinar, a quem é atribuído a responsabilidade pela prestação de cuidados na íntegra a um conjunto restrito de famílias, em todos os processos de vida, nos múltiplos contextos da comunidade. É prestador, gestor e organizador de recursos e de cuidados, assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, conciliando a promoção da saúde, a prevenção da doença, na prática clínica com responsabilidade destacando as respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais, colaborando na manutenção da autonomia de cada um dos seus membros o máximo de tempo possível (Monteiro, 2009).

O estudo de investigação foi realizado durante o estágio, “*lado a lado*” com os enfermeiros de família, no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados face às necessidades detetadas na área da sobrecarga do cuidador informal. A USF Costa da Prata com a colaboração de todos os profissionais envolveu-se na implementação desta investigação, reconhecida inequivocamente como oportuna. A realização, da mesma, foi gratificante e os seus contributos marcantes para todos os intervenientes, evidenciando as fragilidades do cuidado informal e as complicações que daí resultam (sobrecarga do cuidador). Demonstrou também a necessidade de avaliar a sobrecarga para intervir de acordo com as exigências específicas de cada pessoa e família, contribuindo assim para o bem-estar dos cuidadores e manutenção dos dependentes no seu meio ambiente.

Agora e no futuro, existe uma responsabilidade acrescida na área da Enfermagem de Saúde Familiar e na sua difusão para a qual se deseja contribuir tanto no dia-a-dia como enfermeira de família (no ativo) bem como na realização de novos estudos que evidenciam a sua importância.

Acresce-se, que é indispensável tomar consciência de que não existe na estrutura social atual, nada que possa verdadeiramente substituir o labor realizado pelo enfermeiro de família. Torna-se necessário, igualmente, que as hierarquias se apercebam que devem continuar a apoiar estes profissionais e a melhorar a concretização dos seus serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora – Colecção Cidine.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica, 2ª edição*. Coimbra: Almedina.

Amaral & Vicente (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (2/Julho-Dezembro), p. 23-31.

Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados - Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem* Vol. 13, nº 1.

Araújo, F. et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), pp. 59-65.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *In: Leal, I. et al. (Ed.). Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA, pp. 217-220.

Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2006). Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2): 191-197.

Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Referência III Série*, 2, 45-53.

Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45 (4), 869-875.

Augusto, B. & Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. 1.ª Edição. Viseu, Psicosoma.

Bailão, A. (2013). *O cuidador informal em contexto oncológico: sobrecarga e qualidade de vida familiar*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.

- Braithwaite, V. (2000). Contextual or General Stress Outcomes. Making Choices Through Caregiving Appraisals. *The Gerontologist*, 40:706-717.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures, Lusociência.
- Carretero Gómez, S. & Garcés Ferrer, J. & Ródenas Rigla, F. & San José, L. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Carvalho, R. (2002). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, M. (2008). *A família Que Cuida do Idoso*. Lisboa: Edição Especial.
- Carvalho, A; Carvalho, G (2006) – *Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau.
- Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Collière, M.. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Costa, I. (2009). *Bournout e Qualidade de vida em prestadores de cuidados informais*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Cruz, D. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Referência III Série*, 2, 127-136.
- Decreto-Lei n.º 101/06 (2006). *Modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência -Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República*., I Série-A,109, (2006-06-06) 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). *Princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)*. *Diário da república, I Série – 149* (2014-08-05) 4069-4071.

Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º407/1998 (1998). *Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência*. *Diário da República II Serie. 138* (1998-06-18) 8328-8332.

Dewey, J. (1932). *Theory of Moral life*. New York, Holt, Rinehart and Winston.

Dias, M. (2011). *Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar*. *Gestão e Desenvolvimento*, 139-156.

Egry, E.; Fonseca, R. (2000). A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n.3, 233-9.

Félix, L. (2010). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina de Lisboa.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2.ª Edição. Coimbra, Quarteto Editora.

Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio a sobrecarga do cuidador familiar*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina de Lisboa.

Fernandes, M.; Pereira, M.; Ferreira, M.; Machado, R.; Martins, T. (2002). Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC. *Revista Ciência e Técnica*, nº 43, pp. 31-35. Edição Sinais Vitais.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa. Climepsi Editores.

Figueiredo, H. (2009) *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com ou sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(1) 15-24.

Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1.^a Edição, Lisboa, Climepsi Editores. 23-25.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gomes, S. (2011). *Avaliação dos Cuidadores de Doentes com Demência*. (Dissertação de Mestrado) Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Gonçalves, E. (2013). *Dependência dos Idosos no Domicílio e Sobrecarga dos Cuidadores. Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação*. (Tese de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra. Formasau.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2.^a Edição, Coimbra, Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 2014*. INE, Lisboa. Edição 2015.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *50 Anos de Estatísticas da Educação – Volume I*. Lisboa. Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do INE.
- Lage, F. & Mata, M. (2013) - Fatores associados à sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes. In *Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB: livro de atas*. Bragança: Escola Superior de Saúde. pp. 246-260. Retrived from: <http://hdl.handle.net/10198/9866>.
- Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. In *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Lawton, M.; Kleban, M.; Moss, M.; Rovine, M. & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44 (3), 61-71.
- Lemos, J. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais dependentes*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde de Bragança.

- Lopes, L. M. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), pp. 39-46.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro - Doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra, Formasau.
- Lopes, L. (2009). A problemática do prestador de cuidados: uma revisão da literatura. *Revista Nursing*, 6-12.
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Losada, A., Moreno-Rodrigues, R., Cigarán, M., Penacoba, C., & Montorio, I. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con Demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, 184 (2), 173-186. Retrieved from http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/infor_psiqui.pdf.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Marote, A., Del Carmen, M., Leodoro, S. & Pestana, V. (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região autónoma da Madeira. *Sinais Vitais*, 61, 19-24.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra; Formasau.
- Martim, I. ; Paul C.& Roncon, J. (2000). Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Avaliação do Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*;1(1): 3-9.
- Martín, I. (2002). *Psicologia da doença de Machado-Joseph: estudo sobre doentes e seus cuidadores*. (Tese de Doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Martín, I. (2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família*. Coimbra, Formasau.
- Martins, T., Ribeiro J.& Garret, C. (2003) – Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 4 (1):131-148.
- Martins, T.; Ribeiro, J.& Garret, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, nº 11.

Mata, M., Pimentel, M. & Sousa, M. (2012). *Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. In Congresso Ibérico: Contextos de Investigação em Saúde. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Retrived from: <http://hdl.handle.net/10198/6995>.

Mata, M. & Rodríguez, M. (2012). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el el noreste de Portugal. *Prisma Social: revista de ciencias sociales*, (8), Junho, 333-357.

Mata, M., Fernandes, A., Pimentel, M., Anes, E., Brás, M, Magalhães, C., Antão, C. & Sousa, F. (2013) - Das dificuldades do cuidar em ambiente domiciliário às necessidades de intervenção. In Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB: livro de atas. Bragança: Escola Superior de Saúde. p. 205-217. Retrived from: <http://hdl.handle.net/10198/9439>.

Matos, E. T. (1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing*, 114(10), 31–34.

Mendes, M. (2005). *Cuidar do cuidador*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina de Lisboa.

Monteiro, E. (2014). *Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em uma amostra de cuidadores brasileiros*. (Tese de Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS. Retrieved from: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de OTTAWA. – 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde*. Canadá. Retrieved from: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2000). *A cada Família o seu Enfermeiro*. 1ª edição. Lisboa. Editora Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001), Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Retrived from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição*. Retrived from

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, após aprovação na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra. Livraria Almedina.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi.

Paúl, C., & Fonseca, M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi.

Plano de ação da Unidade de Saúde Familiar Costa da Prata 2012-2014. Disponível para consulta nas instalações da unidade.

Plano de ação da Unidade de Saúde Familiar Costa da Prata 2015-2017. Disponível para consulta nas instalações da unidade.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008) *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F. (2010). A Transição dos Membros da Família para o exercício do papel e cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, p.43-58.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal, Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional Saúde 2012-2016*. Retrieved 19 de fevereiro de 2016 from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>.

Portugal, Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação*. Retrieved 18 de Março de 2016 from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>.

Relvas, A. (1996) – *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Edições Afrontamento; Porto.

Rua, M. (2011). *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

Ruder, S. (2008). The Challenges of Family Member Caregiving: How the Home Health and Hospice Clinician Can Help at the End of Life. *Home Healthcare Nurse*, nº6 (2).

Ruivo, A; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos nº15: Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. Retrieved from http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Salgueiro, H. (2006). *Dinâmica, saúde e qualidade de vida na família do idoso dependente*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Salgueiro, H. (2008). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Investigação em Enfermagem*, p. 51-63. Edição Sinais Vitais.

Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo (2016). Página oficial retrieved 28 de Maio de 2016 from <http://www.scmilhavo.com/apoio-domiciliario.html>.

Santos, M. (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.

Santos, P. (2005). *O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Santos, M.; Pedro, M.; Nuno, L. & Azevedo, T. (2009). Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº 19, pp. 15-24. Edição Sinais Vitais.

Schulz, R. & Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (23), 2215-2219.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, A. (2009). Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Retrived from <http://hdl.handle.net/10451/2375>.
- Silva, F. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária -Um estudo num serviço de ortopedia*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Schön, D. (1983). *The Reflexive Practitioner: how professionals think in action*. USA, Basic Books.
- Sorensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 42, 356-372.
- Sousa L.; Figueiredo, D.& Cerqueira, M. (2004) - *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37(3), pp. 364-371.
- Sousa, L., Relvas, A. P.& Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climepsi Editores PC.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. 1ª Edição. Cascais, Príncípia.
- Wright, L. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. (3ªed). Roca: S.Paulo.
- Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa, Educa.

ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de colheita de dados

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 sempre	Sempre
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)

Índice de Barthel (Adaptado de Sequeira,2007)

Avaliação do nível de dependência nas atividades básicas de vida diária

1) Como realiza as suas refeições ?

() 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.

() 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

() 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2) Como toma seu banho ?

() 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro , de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.

() 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3) Como é que se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)

() 10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda.

() 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.

() 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4) Como realiza os seus asseios ?

() 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.

() 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

5) Como é a sua evacuação ?

() 10- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.

() 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.

() 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

6) Como é a sua micção . Como a realiza ?

() 10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda , urinol ,garrafa).

- () 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
- () 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como vai à casa de banho ?

- () 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.
- () 5 – Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.
- () 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

8) Como realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas) ?

- () 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- () 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- () 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.
- () 0 – Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

9) Como realiza a deambulação (locomoção, caminhar)?

- () 15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.
- () 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10) Como realiza a subida e descida de escadas?

- () 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.
- () 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- () 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

.VALORES:

Totalmente dependente: <20 pontos
Severamente dependente: 20-35 pontos
Moderadamente dependente: 40 – 55 pontos
Ligeiramente dependente: 60 – 89 pontos
Independente: 90 – 100 pontos

PONTUAÇÃO TOTAL : _____

Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal e da contextualização da prestação de cuidados

1. Sexo

Masculino _____

Feminino _____

2. Idade

[18-30] _____

[31-40] _____

[41-50] _____

[51-60] _____

[61-70] _____

[71-80] _____

[81-90] _____

Mais de 90 anos _____

3. Estado Civil

Solteiro/a _____

Casado/a _____

Divorciado _____

Viúvo/a _____

4. Escolaridade

Não sabe ler nem escrever _____

Sabe ler e escrever _____

Ensino Primário _____

Ensino Preparatório _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior _____

5. Situação perante o trabalho

Empregado/a _____

Desempregado/a _____

Reformado/a _____

Doméstico/a _____

6. Atualmente cuida de quantas pessoas?

Uma _____

Mais do que uma _____

7. Cuida desta pessoa:

Todos os dias _____

Só em alguns períodos (ex. inverno) _____

Em certas ocasiões (ex. quando está doente) _____

Aos “meses” _____

De outra forma (especificar) _____

8. Quantas horas gasta por dia, aproximadamente, a cuidar desta pessoa?

Menos de 1 hora _____

Entre 1 a 2 horas _____

De 2 a 3 horas _____

De 3 a 5 horas _____

Mais de 5 horas _____

9. Há quanto tempo cuida desta pessoa?

Menos de 1 ano _____

Entre 1 e 2 anos _____

Entre 3 e 5 anos _____

Entre 6 e 10 anos _____

Mais de 10 anos _____

10. A pessoa de quem cuida:

Vive sempre consigo _____

Vive por períodos na sua casa _____

Vive por períodos consigo na casa dela _____

Não vive consigo _____

11. Que parentesco tem com a pessoa de quem cuida?

Marido/Esposa _____

Filho/a _____

Neto/a _____

Nora/ Genro _____

Irmão/ Irmã _____

Amigo/a _____

Vizinho/a _____

Outro (especificar) _____

12. Quantas pessoas vivem habitualmente consigo (excluindo a pessoa cuidada)?

0 _____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Mais de 4 _____

12.1. Das pessoas que vivem habitualmente consigo, alguém o ajuda na prestação de cuidados?

Sim _____

Não _____

13. Recebe apoio de alguma instituição?

Sim _____

Não _____

Se sim qual? _____

Obrigada pela Colaboração

Questionário de caracterização sociodemográfica e co morbilidades da pessoa cuidada

1. Sexo

Masculino_____

Feminino_____

2. Idade

[18-30] _____

[31-40] _____

[41-50] _____

[51-60] _____

[61-70] _____

[71-80] _____

[81-90] _____

Mais de 90 anos_____

3. Estado Civil

Solteiro/a_____

Casado/a_____

Divorciado_____

Viúvo/a_____

4. Escolaridade

Não sabe ler nem escrever_____

Sabe ler e escrever_____

Ensino Primário_____

Ensino Preparatório_____

Ensino Secundário_____

Ensino Superior_____

5. Patologia responsável pela dependência de terceiros:

AVC_____

Alzheimer_____

Parkinson_____

Diabetes_____

DPOC_____

Doença Cardíaca _____

Doença Oncológica_____

Doença Musculo esquelética_____

Depressão_____

Outra_____

Obrigada pela Colaboração

Anexo II – Consentimento informado e autorizações para realização do estudo

Cara Andreia Loureiro

Porto, 18 de maio de 2015

Serve o presente documento para autorizar a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) no trabalho “Intervenção do Enfermeiro de família na gestão da sobrecarga do cuidador informal”, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) em consórcio com a UTAD (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro) e IPB (Instituto Politécnico de Bragança), sob orientação da Professora Doutora Assunção Laranjeira da ESSUA.

Para os autores, a aplicação do QASCI em novos contextos e lugares representa uma recompensa e um contributo para que esta área de atuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de algum esclarecimento não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,


Teresa Martins

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Intervenção do enfermeiro de família na gestão da sobrecarga do cuidador informal

Enquadramento: Estudo de investigação em estágio, sob orientação da Professora Doutora Assunção Laranjeira, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem De Saúde Familiar da ESSUA em Consórcio com a UTAD e IPB, a decorrer na USF Costa da Prata- CS Ílhavo.

Explicação do estudo: O estudo a realizar no âmbito de estágio é a “Intervenção do enfermeiro de família na gestão da sobrecarga do cuidador informal”. O objetivo principal é *avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes da USF Costa da Prata e identificar as estratégias de intervenção desenvolvidas na gestão desta sobrecarga pelos enfermeiros de família*. Os dados serão recolhidos através dos programas informáticos Sinus® e SClinico® e dos seguintes questionários: Questionário de caracterização sociodemográfica e de contextualização da prestação de cuidados; Questionário de caracterização sociodemográfica e de morbilidades da pessoa cuidada; Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), traduzido, testado e validado para a população portuguesa por Martins, Ribeiro e Garret (2003; 2004) para avaliação da sobrecarga do cuidador; Índice de *Barthel* – versão abreviada (Mahoney & Barthel 1965; Wade e Colin, 1988, traduzido e adaptado por Sequeira, 2007) para avaliação do grau de comprometimento nas atividades básicas de vida diária da pessoa dependente.

Condições: A participação dos intervenientes será voluntária e não terão qualquer prejuízo, assistencial ou outros, caso não queiram participar

Confidencialidade e anonimato: A confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo será realizada de modo a respeitar o anonimato (não registo de dados de identificação) e os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Obrigada pela sua participação no presente estudo.

A investigadora, Andreia Simões Loureiro,

Enfermeira na USF Leme, com número de telefone 234325876.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CC N.º: **DATA OU VALIDADE** /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: Atendendo à tipologia da investigação proposta, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização. Deve ser actualizado o período definido para a recolha de dados.</p>	<p>DESPACHO: Homologar o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde. 19.11.2015</p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p>
--	--

ASSUNTO: Estudo 58/2015 – Intervenção do enfermeiro de saúde familiar na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais
Autora: Andreia Simões Loureiro

Dr. José Manuel Azinha Tereso
Presidente

Dr. Maria Augusta Mota
Vice-Presidente

Dr. Luís Manuel Milião Mendes Cabral
Vogal

A investigadora, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, propõe-se aplicar o questionário a cuidadores informais de pessoas dependentes inscritas na USF Costa de Prata, através de amostra accidental.

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos.

Tem como objectivos centrais: "Conhecer e avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes da Unidade de Saúde Costa de Prata e identificar as estratégias de intervenção com efeito na diminuição desta sobrecarga"

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos de forma anónima.

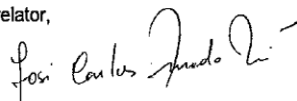
Como instrumentos serão utilizados: QASCI, o Índice de Barthel e questionário sociodemográfico e relativo a alguns dados sociais e de saúde.

Será obtido o consentimento informado dos participantes, na forma escrita.

Refere que os dados serão colhidos durante o mês de outubro de 2015, devendo este período ser actualizado em função da data do presente parecer e da autorização final.

Coimbra, 18 de novembro de 2015

O relator,



José Carlos Amado Martins

